AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE DE PRODUCTION DU RECUEIL D'INFORMATIONS MÉDICALISÉ EN PSYCHIATRIE

Version provisoire 2018

Octobre 2017

Le présent document est la version provisoire du *Guide méthodologique de production du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie.* La version définitive à paraitre au *Bulletin officiel* (sous le numéro *2018/4 bis* fascicule spécial) sera applicable à partir du 1er janvier 2018. Il constituera l'annexe d'un arrêté (modifiant l'arrêté du 23 décembre 2016) relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique (arrêté « PMSI-psychiatrie »). La version définitive du guide annulera et remplacera, à partir du 1er janvier 2018, la version précédente (*Bulletin n° 2017/4 bis*, fascicule spécial).

Des informations complémentaires sont disponibles sur le site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Il est en outre conseillé de se reporter, en tant que de besoin, aux textes officiels cités dans ce guide : codes de la santé publique et de la sécurité sociale, autres textes législatifs et règlementaires, circulaires et instructions.

LE PMSI EN PSYCHIATRIE

La description de l'activité médicale dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) en psychiatrie des établissements de santé publics et privés repose sur le recueil systématique de données administratives, démographiques, médicales et de prise en charge, normalisées. Ce recueil s'inscrit dans la logique des dispositions des articles L.6113-7 et L.6113-8 du code de la santé publique, qui s'appliquent aux établissements de santé, publics et privés, en matière d'analyse de leur activité.

Les établissements de santé publics et privés, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, ayant une activité autorisée en psychiatrie, quel que soit leur mode de financement, sont tenus de réaliser, pour chaque patient pris en charge, par extraction depuis le système d'information de l'établissement de santé, un recueil d'informations portant sur l'activité de soins et sur sa facturation.

Ce recueil couvre les prises en charge à temps complet et à temps partiel sous la forme de *résumés par séquence (RPS)* et les prises en charge ambulatoires sous la forme de *résumés d'activité ambulatoire (RAA).*

Le recueil d'informations portant sur la facturation prend une forme qui dépend du mode de financement, dotation annuelle ou objectif quantifié national.

Les résumés d'informations sur l'activité et sa facturation sont rendus anonymes avant leur télétransmission sécurisée vers une plateforme d'échange (e-PMSI). Sur celle-ci, les données transmises sont analysées selon un schéma standardisé et le résultat présenté sous forme de tableaux consultables et téléchargeables par les établissements. La validation des tableaux par les établissements rend les données transmises disponibles à leurs services de tutelle (agence régionale de santé, assurance maladie). Les fichiers transmis et validés alimentent une base nationale de données du PMSI en psychiatrie, constituée sous la responsabilité de l'État, et réglementée selon l'arrêté du 23 décembre 2016.

Ce guide comporte quatre chapitres. Le chapitre I précise les conditions de production, les définitions, les nomenclatures des informations relatives à la description de l'activité en psychiatrie. Le chapitre II décrit le recueil des informations relatives à la facturation de l'activité. Le chapitre III expose les modalités techniques de la transmission des informations et du chainage anonyme des résumés, et les obligations en matière de qualité, de confidentialité et de conservation des informations. Le chapitre IV décrit les consignes de codage avec la CIM–10 à usage PMSI et les directives d'emploi des diagnostics dans le cadre du RIM-P.

L'annexe 1 contient une présentation détaillée de la cotation de la dépendance selon la grille des *activités de la vie quotidienne.*

L'annexe 2 décrit la Grille EDGAR.

Sommaire

I.PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À L'ACTIVITÉ EN PSYCHIATRIE..... 2

1 CHAMP DU RECUEIL ET DÉFINITIONS 2

1.1 STRUCTURES ET FORMES D'ACTIVITÉ 2
1.1.1 L'établissement 2
1.1.2 L'unité médicale 2
1.1.3 Formes d'activité 3
1.2 CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DU RECUEIL 4
1.2.1 Prises en charge à temps complet et à temps partiel 4
1.2.1.1 Le séjour 4
1.2.1.2 La séquence 5
1.2.1.3 Activité combinée 6
1.2.2 Prises en charges ambulatoires 6
1.3 UNITÉS DE COMPTE DE L'ACTIVITÉ – CORRESPONDANCE AVEC D'AUTRES RECUEILS 7
1.3.1 Unités de compte de l'activité 7
1.3.1.1 Prise en charge à temps complet 7
1.3.1.2 Prise en charge à temps partiel 7
1.3.1.3 Prise en charge ambulatoire 7
1.3.2 Correspondance avec d'autres recueils 8

2 CONTENU DU RECUEIL 8

2.1 LES PRISES EN CHARGE À TEMPS COMPLET OU À TEMPS PARTIEL 8
2.1.1 Les Informations administratives constantes au cours du séjour 8
2.1.2 Les Informations variables au cours du séjour 13
2.1.2.1 Informations relatives à l'unité médicale et aux mouvements du patient 13
2.1.2.2 Informations relatives à la prise en charge du patient 15
2.1.2.3 Informations médicales, paramédicales et socio-éducatives du patient 17
2.2 LES PRISES EN CHARGE AMBULATOIRES 20
2.3 CONSTITUTION DES FICHIERS DE RÉSUMÉS 22
2.3.1 Fichiers de résumés par séquence 22
2.3.2 Fichiers d'activité ambulatoire 22
2.3.2.1 Fichier d'activité ambulatoire sous une forme détaillée 22
2.3.2.2 Fichier d'activité ambulatoire sous une forme agrégée 23
2.4 LES RÉSUMÉS ANONYMES (RPSA, R3A) 23
2.4.1 Le résumé par séquence anonyme (RPSA) 23
2.4.2 Le résumé d'activité ambulatoire anonyme (R3A) 24
2.5 FORMATS DES RÉSUMÉS 24

3 INFORMATIONS À VISÉE D'ENQUÊTE 24

4 PRESTATIONS INTER ACTIVITÉS (PIA) 25

5 PRESTATION INTER ETABLISSEMENTS (PIE) 25

6 RECUEIL DES MESURES DE CONTENTION ET D'ISOLEMENT 27

II. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À LA FACTURATION EN PSYCHIATRIE 29

1 LE RÉSUMÉ STANDARDISÉ DE FACTURATION 29

2 LE FICHIER VID-HOSP 31

III. TRANSMISSION, CHAINAGE ANONYME, CONFIDENTIALITÉ, QUALITÉ ET CONSERVATION DES INFORMATIONS 34

1 TRANSMISSION DES INFORMATIONS 34

2 PRINCIPE DU CHAINAGE ANONYME 35

3 PROCÉDURE DU CHAINAGE ANONYME 35

3.1 ÉTABLISSEMENTS FINANCÉS PAR DOTATION ANNUELLE 35

3.1.1 Création du numéro anonyme du patient 36
3.1.2 Liaison entre le numéro anonyme et les informations d'activité et de facturation 36
3.1.3 Concomitance de l'attribution du numéro anonyme et de l'anonymisation 36
3.2 ÉTABLISSEMENTS FINANCÉS PAR L'OBJECTIF QUANTIFIÉ NATIONAL 37
3.3 TRAITEMENTS RÉALISÉS SUR LA PLATEFORME É-PMSI 37

4 CONFIDENTIALITÉ 37

5 QUALITÉ DES INFORMATIONS ET RESPONSABILITÉS 38

6 CONSERVATION DES FICHIERS 38

IV. CONSIGNES DE CODAGE AVEC LA 10EME RÉVISION DE LA *CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES* 40

1 RÈGLES GÉNÉRALES D'EMPLOI DE LA CIM–10 40

1.1 LES EXTENSIONS AUX CODES DE LA CIM–10 40
1.2 CODES DE LA CIM–10 NON UTILISABLES 41
1.2.1 Codes des catégories « non vides » de la CIM–10 41
1.2.2 Codes ne devant pas être utilisés pour le codage de « l'affection principale » 42
1.3 CODES DE LA CIM–10 DONT L'EMPLOI DOIT ÊTRE ÉVITÉ 42
1.4 DOUBLE CODAGE DAGUE-ASTÉRISQUE 43
1.5 EFFETS INDÉSIRABLES DES MÉDICAMENTS 43
1.6 IATROGÉNIE ET COMPLICATIONS D'ACTES 44
1.7 SEQUELLES 45
1.8 ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX ET PERSONNELS 47
1.9 SUSPICIONS DE MALADIES 47
1.10 SYMPTOMES, SIGNES ET RÉSULTATS ANORMAUX D'EXAMENS CLINIQUES ET DE LABORATOIRE 47

2 DIRECTIVES RELATIVES AU CODAGE DE CERTAINS MOTIFS DE RECOURS AUX SOINS ET À DIFFÉRENTS CHAPITRES DE LA CIM–10 48

2.1 MORBIDITÉS, ASSOCIATION DE MORBIDITÉS ET SYMPTÔMES PSYCHIATRIQUES. 48
2.2 MORBIDITÉS SOMATIQUES 49
2.2.1 Morbidités endocriniennes 49
2.2.2 Morbidités cardiaques 50
2.2.3 Morbidités pulmonaires 50
2.2.4 Morbidités virales, génito-urinaires et sexuellement transmissibles 51
2.2.5 Morbidités du système nerveux 51
2.2.6 Morbidités digestives 51
2.3 LES TROUBLES DU COMPORTEMENT 51
2.4 LES TROUBLES COGNITIFS 52
2.5 AUTRES SYMPTÔMES, SIGNES INDUISANT UNE RÉDUCTION DE L'AUTONOMIE 53
2.6 RÉSISTANCE AU TRAITEMENT 54
2.7 ANTÉCÉDENTS DE NON OBSERVANCE OU DE RUPTURE DANS LE SUIVI 54
2.8 ENVIRONNEMENT SOCIO-ÉCONOMIQUE 54
2.8.1 Scolarité 54
2.8.2 Logement 55
2.8.3 Revenu 55
2.8.4 Langue (recours à un interprète) 55
2.8.5 Isolement social 55
2.9 POLYHANDICAP LOURD 56
2.10 TENTATIVES DE SUICIDE ET IDÉES SUICIDAIRES 56
2.10.1 Prise en charge d'une tentative de suicide 56
2.10.2 Prise en charge d'un « antécédent » de tentative de suicide récente ou ancienne 57
2.10.3 Idées suicidaire 58

Appendice 1 Cotation de la dépendance selon la grille des *activités de la vie quotidienne* **59**

Appendice 2 Grille *EDGAR* **66**

INDEX ALPHABÉTIQUE **72**

CHAPITRE I

PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À L'ACTIVITÉ EN PSYCHIATRIE

I. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À L'ACTIVITÉ EN PSYCHIATRIE

La connaissance de l'activité médicale dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) du champ d'activité de psychiatrie public et privé repose sur le recueil systématique de données administratives et médicales normalisées. Ce recueil, nommé *recueil d'informations médicalisé en psychiatrie* (RIM-P) comporte deux supports :

- le *résumé par séquence* (RPS), pour les patients admis en hospitalisation, avec ou sans hébergement ; le RPS est commun à tous les établissements publics et privés ;
- le *résumé d'activité ambulatoire* (RAA) pour les consultations et soins externes, réservé aux établissements financés par dotation annuelle de financement (DAF).

L'anonymisation du RPS est à l'origine du *résumé par séquence anonyme* (RPSA) ; l'anonymisation du RAA est à l'origine du *résumé d'activité ambulatoire anonyme* (R3A). RPSA et R3A sont transmis à l'agence régionale de santé (ARS) dont dépend l'établissement de santé.

En outre, depuis 2010, les établissements de santé visés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (établissements financés par objectif quantifié national, OQN) produisent des *résumés standardisés de facturation* (RSF), couplés aux résumés par séquence.

Le présent chapitre décrit les conditions de production et le contenu des RPS, RAA, RPSA et R3A. Le RSF est présenté dans le chapitre II.

1 CHAMP DU RECUEIL ET DÉFINITIONS

1.1 STRUCTURES ET FORMES D'ACTIVITÉ

1.1.1 L'établissement

Le recueil s'impose exclusivement aux établissements de santé, publics et privés, de métropole et des départements d'outremer, titulaires d'une autorisation d'activité de soins en psychiatrie au sens de l'article R. 6122-25 du code de la santé publique (CSP).

Sont également concernés les établissements publics de santé spécifiquement destinés à l'accueil des personnes incarcérées en application de l'article L. 6141-5 du CSP ainsi que les hôpitaux du service de santé des armées, conformément aux articles L. 6147-7 et L. 6147-8 du CSP.

Sont exclues du champ du recueil les activités réalisées par des structures relevant du champ médicosocial en application de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.
Par exemple : sont exclues les activités réalisées par les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

1.1.2 L'unité médicale

Les informations sont recueillies à l'échelon de l'unité médicale. On désigne par **unité médicale** (UM) un ensemble individualisé de moyens matériels et humains assurant des soins à des patients, repéré par un code spécifique dans une nomenclature déterminée par l'établissement de santé.

Le découpage en UM est en effet du ressort de l'établissement. Toutefois, pour des raisons de cohérence entre les modalités médicales et comptables de découpage, une UM ne peut appartenir qu'à une section d'analyse comptable (SA), elle ne peut pas être partagée entre deux SA[1].

[1] « Le découpage en sections d'analyse (SA) doit être cohérent avec le découpage en UM [...] pour rapprocher sans ambiguïté activité, moyens et recettes […] Cela signifie qu'il faut être capable de superposer une SA avec une UM [...] ou un regroupement d'UM [...] du même champ » (*Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière*).

Le découpage en UM doit être conforme au fichier-structure de l'établissement et cohérent avec les formes d'activité répertoriées dans le point 1.1.3 ci-dessous : une UM doit exercer une seule forme d'activité.

Les établissements ont la possibilité de définir des unités médicales pour des activités spécifiques, par exemple, des unités de gérontopsychiatrie, pour adolescents, pour malades agités et perturbateurs (UMAP), de soins intensifs en psychiatrie (USIP), ... Lorsque ces unités sont constituées en dispositif intersectoriel formalisé de type fédération, département ou service, elles doivent être identifiées par un code spécifique de dispositif intersectoriel (voir *infra* le point 2.1.2.2).

1.1.3 **Formes d'activité**

Le recueil d'informations porte sur l'ensemble des prises en charge :

- à temps complet ;
- à temps partiel ;
- ambulatoire.

Prises en charge à temps complet :

- hospitalisation à temps plein[2] ;
- séjour thérapeutique ;
- hospitalisation à domicile ;
- placement familial thérapeutique ;
- appartement thérapeutique ;
- centre de postcure psychiatrique ;
- centre de crise, incluant centre d'accueil permanent et centre d'accueil et de crise.

Prises en charge à temps partiel :

- hospitalisation à temps partiel de jour ;
- hospitalisation à temps partiel de nuit ;
- atelier thérapeutique.

Prises en charge ambulatoires :

- accueil et soins en centre médicopsychologique (CMP) ;
- accueil et soins en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ;
- activité d'accueil et de soins dans un lieu autre que le CMP et le CATTP. Cette activité concerne notamment la psychiatrie de liaison en établissement sanitaire ou médicosocial. Elle inclut aussi l'activité libérale ambulatoire des praticiens hospitaliers ; celle-ci doit pouvoir être distinguée de l'activité non libérale[3].

Les séjours d'hospitalisation à temps complet et à temps partiel donnent lieu à la production de *résumés par séquence*[4] (RPS). Les prises en charge ambulatoires donnent lieu à la production de *résumé d'activité ambulatoire* (RAA).

La prise en charge d'un patient peut associer pendant une période donnée deux formes d'activité, sous la forme de séquences combinées (parallèles ou associées) (voir ci-dessous le point 1.2.1.3), ou d'une prise en charge concomitamment à temps partiel et ambulatoire.

Sont exclues du dispositif :

- l'activité d'expertise (article D. 162-6 du CSS) ;
- les actions pour la communauté (*ib.*) ;

[2] Par convention pour ce recueil, et afin de mieux distinguer les différentes prises en charge à temps complet, l'hospitalisation complète est dénommée « hospitalisation à temps plein».
[3] Voir l'information « indicateur d'activité libérale » dans le point 2.2 de ce chapitre.
[4] La notion de séquence est expliquée dans le point 1.2.1.2 de ce chapitre.

- les consultations de psychiatrie effectuées sur la voie publique au bénéfice des personnes sans domicile.

1.2 CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DU RECUEIL

Les informations constitutives du recueil sont extraites du système d'information de l'établissement de santé. La mise en œuvre du recueil est soumise à une déclaration auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Les établissements peuvent, s'ils le souhaitent, recueillir des informations supplémentaires, autres que celles décrites *infra* dans le point 2, sous réserve d'une demande d'avis (établissements publics) ou d'une déclaration (établissements privés) particulière auprès de la CNIL.

1.2.1 **Prises en charge à temps complet et à temps partiel**

Les informations sont enregistrées par séjour au moyen de un ou de plusieurs résumés par séquence (RPS) possédant le même numéro de séjour. Le contenu du RPS est décrit dans le point 2.1 de ce chapitre.

1.2.1.1 Le séjour

Le séjour débute le premier jour des soins, à temps complet ou à temps partiel, par une équipe soignante de psychiatrie, et se termine le dernier jour des soins par l'équipe soignante de psychiatrie.

La clôture d'un séjour est commandée par :

- la sortie de l'établissement (sortie de l'entité juridique), y compris une sortie temporaire[5] ou une sortie sans autorisation ;
- un changement de nature de la prise en charge (au sein de la même entité juridique) ; un séjour correspond en effet à une seule nature de prise en charge :
  - passage de soins à temps complet à des soins à temps partiel et inversement ;
  - passage d'une prise en charge à temps complet ou partiel à une prise en charge ambulatoire[6] ;

  En revanche, le séjour n'est pas clos quand le patient change de forme d'activité dans la même nature de prise en charge. Par exemple, le passage de l'hospitalisation à temps plein à un placement familial thérapeutique n'induit pas un changement de séjour puisqu'il s'agit toujours de temps complet.
- une mutation du patient dans une unité d'hospitalisation d'un autre champ d'activité (médecine-chirurgie-obstétrique-odontologie (MCO), soins de suite ou de réadaptation (SSR), …) de l'établissement (même entité juridique) à l'exclusion des mutations entrant dans le cadre des prestations inter activités (PIA)[7] [8]»
-

D'autres circonstances n'engendrent pas la clôture du séjour :

- une permission (article R. 1112-56 du code de la santé publique, CSP) ;
- une absence de courte durée n'excédant pas 12 heures (article L. 3211-11-1 du CSP) ;
- une situation de prestation inter établissements[9]»
- le changement d'année civile.

[5] Sortie pour une durée supérieure au délai légal de permission, avec l'accord du médecin, au terme de laquelle un retour est prévu.

[6] Pour mémoire, quand le patient reçoit des soins psychiatriques sans consentement, à temps partiel ou en ambulatoire, il bénéficie d'un « programme de soins » précisant les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité (article L. 3211-2-1 du code de la santé publique).

[7] Voir le point 4 *infra*.

[8] Voir le point 5 *infra.*

[9] Voir le point 5 *infra.*

Exemple : pour un patient hospitalisé à temps plein du 10 décembre de l'année n au 31 janvier de l'année n+1, on enregistre un seul séjour.

Dans le cas d'un patient sorti puis réadmis le même jour calendaire, le séjour précédant la sortie et celui suivant la réadmission sont considérés comme un seul séjour[10].

1.2.1.2 La séquence

Un séjour peut comprendre une ou plusieurs séquences.

La première séquence d'un séjour débute le premier jour de la prise en charge, à temps complet ou à temps partiel. Ainsi, le premier jour de la première séquence coïncide avec le premier jour du séjour.

Il y a changement de séquence au sein d'un séjour :

- à chaque changement de forme d'activité au sein d'une même nature de prise en charge ; ce changement correspond à un changement d'unité médicale[11] ;
- lorsque le mode légal de soins change[12] ;
- en cas de changement de trimestre civil ; par convention, une séquence en cours le dernier jour du trimestre doit en effet être close à cette date, et une nouvelle séquence doit être ouverte le même jour ;
- au début et à la fin d'une forme d'activité combinée (voir ci-dessous le point 1.2.1.3).

C'est le changement de forme d'activité, non le changement d'unité médicale (UM), qui impose le changement de séquence. En conséquence, lors d'un changement d'UM sans changement de forme d'activité, un changement de séquence est possible mais pas obligatoire. La séquence ouverte dans la première unité peut se poursuivre dans la suivante[13].

Un séjour peut ainsi comporter une ou plusieurs séquences. Lorsqu'il en comporte plusieurs, les séquences sont consécutives, telles que le dernier jour de l'une est égal au premier jour de la suivante.

Le dernier jour de la dernière séquence coïncide avec le dernier jour du séjour.

Exemples :

- un patient est hospitalisé du 8 janvier au 26 mars de l'année *n* dans la même unité médicale pour des soins psychiatriques libres : le séjour comporte une seule séquence car il n'y a pas de changement de forme d'activité (d'unité médicale), de mode légal de soins ni de trimestre civil pendant le séjour ;
- un patient est hospitalisé du 8 janvier au 6 avril de l'année *n* dans la même unité médicale pour des soins psychiatriques libres : le séjour comporte deux séquences car il se déroule sur deux trimestres civils. La première séquence court du 8 janvier au 31 mars, la deuxième séquence du 31 mars au 6 avril ; par convention, la séquence située à la fin d'un trimestre civil est fermée le dernier jour de celui-ci, et la séquence suivante débute le même jour ;
- un patient est hospitalisé du 8 janvier au 6 avril de l'année *n* ; du 8 janvier au 1er février, il reçoit des soins psychiatriques à la demande d'un tiers dans une unité médicale A ; le 1er février, il est muté dans l'unité médicale B de même forme d'activité pour la poursuite des soins à la demande d'un tiers ; à partir du 4 février il reçoit des soins psychiatriques libres, jusqu'à la fin de son séjour. Le séjour comporte trois séquences car il y a d'abord un changement d'unité médicale mais sans changement de forme d'activité, puis un changement de mode légal de soins puis un changement de trimestre. La première séquence est enregistrée du 8 janvier au 4 février, la deuxième du 4 février au 31 mars, la troisième et dernière séquence du 31 mars au 6 avril. Entre le 8 janvier et le 1er février, du fait du changement d'unité médicale, il n'est pas interdit de distinguer deux séquences, l'une du 8 janvier au 1er février, l'autre du 1er au 4 février ; mais cette distinction n'est obligatoire que si les deux unités exercent deux formes d'activité différentes ;

[10] Seul un cas exceptionnel, tel un retour du patient qui serait dû à une autre affection que celle prise en charge initialement, à un autre problème qu'une complication de l'affection prise en charge initialement ou de son traitement, autoriserait à distinguer deux séjours.

[11] L'unité médicale est définie *supra* dans le point 1.1.2, les modes d'entrée et le mouvement « mutation » le sont *infra* dans le point 2.1.1.

[12] Voir ce qui concerne cette information dans le point 2.1.2 *infra*.

[13] Le contenu et la durée d'une séquence sont donc éminemment variables. Il en résulte que le nombre de séquences déclarées par un établissement ne peut pas constituer un indicateur de son activité.

- le patient de l'exemple précédent est réhospitalisé dans l'établissement du 3 au 11 juillet de l'année *n*. Pas de changement de forme d'activité (d'unité médicale) ni du mode légal de soins. Il y a création d'un nouveau séjour, distinct de celui du 8 janvier au 6 avril, avec une seule séquence.
- un patient est hospitalisé du 10 décembre de l'année *n* au 31 janvier de l'année *n+1* dans la même unité médicale. Il y a changement de trimestre civil, son séjour comporte donc deux séquences. La première séquence est enregistrée du 10 décembre au 31 décembre de l'année *n*, la deuxième séquence du 31 décembre de l'année *n* au 31 janvier de *n+1*. Il n'y a pas de nouveau séjour malgré le changement d'année civile.
- un patient est hospitalisé à temps plein du 8 janvier au 15 février de l'année *n* dans une unité médicale A, pour des soins psychiatriques à la demande d'un tiers. Il bénéficie d'une sortie avec programme de soins psychiatriques ambulatoires à compter du 15 février. Il est à nouveau hospitalisé du 6 mars au 6 avril : du 6 au 10 mars pour des soins psychiatriques à la demande d'un tiers, puis à compter du 10 mars en soins psychiatriques libres. La prise en charge est décrite par deux séjours distincts. Le premier comporte une séquence du 8 janvier au 15 février. Les prises en charges ambulatoires effectuées pendant la période du 16 février au 5 mars donnent lieu à la production de résumés d'activité ambulatoire (voir *infra* les points 0 et 2.2). Un second séjour est créé du 6 mars au 6 avril, comportant 3 séquences : la première du 6 au 10 mars, la deuxième du 10 au 31 mars, la troisième et dernière du 31 mars au 6 avril.
- un patient est hospitalisé à temps partiel de jour du 8 janvier au 6 avril de l'année *n* chaque lundi et jeudi dans une unité médicale A. Le même patient est pris en charge en atelier thérapeutique, chaque mardi et jeudi dans l'unité B du 10 avril de l'année n au 31 janvier de l'année *n+1*.

  Deux séjours doivent être distingués.

  Le premier porte sur la période du 8 janvier au 6 avril de l'année *n* et comporte deux séquences. La première est enregistrée du 8 janvier au 31 mars, la deuxième du 31 mars au 6 avril. Pour chacune de ces séquences, le nombre de venues est précisé (voir l'information « nombre de jours de présence » dans le point 2.1.2 *infra*).

  Le second séjour porte sur la période du 10 avril de l'année n au 31 janvier de l'année *n+1* et comporte quatre séquences. La première est enregistrée du 10 avril au 30 juin de l'année *n*, la deuxième du 30 juin au 30 septembre de *n*, la troisième du 30 septembre au 31 décembre de *n*, la quatrième séquence du 31 décembre de *n* au 31 janvier de *n+1*.

1.2.1.3 Activité combinée

Lorsqu'un patient pris en charge dans une forme d'activité bénéficie de la mise en œuvre d'une autre forme d'activité en complément de la précédente, on parle de **formes d'activité combinées**. Le passage d'une forme d'activité à deux formes combinées impose un changement de séquence. En cas de combinaisons de formes d'activité, il faut créer autant de séquences que de formes d'activité. Les séquences sont liées entre elles :

- selon un mode « parallèle », s'il s'agit de prises en charge à temps complet et à temps partiel ;
- selon un mode « associé » s'il s'agit de la combinaison de deux prises en charge à temps partiel.

Les règles de production des recueils d'informations relatives aux formes d'activité combinées sont données à propos de l'information « indicateur de séquence » dans le point 2.1.2.1 *infra.*

1.2.2 **Prises en charges ambulatoires**

Les informations relatives aux prises en charge ambulatoires sont enregistrées sous la forme d'un résumé d'activité ambulatoire (RAA). Le RAA est essentiellement un relevé d'actes. Son contenu est décrit *infra* dans le point 2.2. Les actes sont enregistrés selon la grille *EDGAR* (entretien, démarche, groupe, accompagnement, réunion) décrite dans l'appendice 2.

Le relevé d'actes – au sens de la grille *EDGAR* – s'applique uniquement aux activités réalisées dans le cadre de soins ambulatoires :

- accueil et soins en centre médicopsychologique (CMP) ;
- accueil et soins en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ;
- psychiatrie de liaison, qu'il s'agisse de patients hospitalisés ou en consultation externe dans les autres champs d'activité d'un établissement de santé ;

- activité dans un établissement médicosocial ;
- soins dispensés dans le service d'accueil des urgences du même établissement.

Il s'agit de relever les actes effectués :

- en présence du patient ;
- en l'absence du patient, mais qui contribuent au travail clinique ou thérapeutique au bénéfice du patient (cas par exemple de la « démarche » et de la « réunion clinique »).

Dans les établissements de santé visés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (établissements financés par l'objectif quantifié national, OQN), les soins ambulatoires sont considérés comme une activité libérale et ne donnent pas lieu à la production de RAA.

1.3 UNITÉS DE COMPTE DE L'ACTIVITÉ – CORRESPONDANCE AVEC D'AUTRES RECUEILS

1.3.1 Unités de compte de l'activité

L'unité de compte dépend de la nature de la prise en charge.

1.3.1.1 Prise en charge à temps complet

L'unité de compte est la journée au sens de la date calendaire.

1.3.1.2 Prise en charge à temps partiel

La prise en charge peut être discontinue au cours d'une séquence (par exemple, n'avoir lieu que le lundi et le jeudi de chaque semaine).

Dans les établissements financés par dotation annuelle de financement (DAF), on comptabilise :

- des **venues** d'une journée ou des **venues** d'une demi-journée pour l'hospitalisation à temps partiel de jour ou en atelier thérapeutique ;
- des nuitées pour l'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Par *venue*, on entend l'accueil et les soins d'un patient dans le cadre d'une prise en charge :

- limitée à une journée (dates d'entrée et de sortie égales) ;
- individuelle ou collective impliquant la participation d'un ou de plusieurs intervenants ;
- habituellement itérative.

Dans les établissements privés financés par l'objectif quantifié national (OQN) la notion de venue est remplacée par celle de ***séance***.

Par *séance*, on entend l'accueil et les soins d'un patient dans le cadre d'une prise en charge :

- limitée à une journée (dates d'entrée et de sortie égales) ;
- individuelle ou collective impliquant la participation d'un ou de plusieurs intervenants ;
- habituellement itérative.

Les règles de recueil des journées, venues et séances sont données dans les paragraphes « nombre de jours de présence » et « nombre de demi-journées de présence » dans le point 2.1.2 *infra*.

1.3.1.3 Prise en charge ambulatoire

On recueille, par patient et par jour, les actes effectués dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire en indiquant conformément à la grille *EDGAR* (voir l'appendice 2) le nombre et la nature des actes, le lieu, et le type d'intervenant pour chacun des actes.

1.3.2 Correspondance avec d'autres recueils

Les unités de compte de l'activité permettent un dénombrement apte à alimenter *la statistique annuelle des établissements de santé* (SAE) qui reprend la même nomenclature des « formes d'activité ».

Les données du recueil permettent également de renseigner la section « Modalité de prise en charge des patients » des rapports d'activité : l'identifiant permanent du patient, l'âge, le sexe, le mode légal de soins, la nature de prise en charge, le nombre de jours de présence, le lieu des actes ambulatoires (voir le point 2 ci-dessous), constituent les informations élémentaires dont sont déduites les statistiques nécessaires au renseignement de ces documents.

2 CONTENU DU RECUEIL

Les informations présentées ci-dessous définissent le recueil minimum obligatoire à effectuer au sein des établissements ayant une activité en psychiatrie. Elles doivent être conformes au dossier médical du patient[14].

Le recueil comprend d'une part des informations nécessaires à la mesure de l'activité pour les prises charge à temps complet et partiel (2.1) et ambulatoire (2.2), d'autre part des informations destinées à des enquêtes récurrentes réalisées par les services de l'État (3).

2.1 LES PRISES EN CHARGE À TEMPS COMPLET OU À TEMPS PARTIEL

Les activités réalisées dans le cadre de séjours à temps complet ou partiel sont enregistrées au moyen de un ou de plusieurs résumés par séquence (RPS). Lorsqu'un séjour est composé de plusieurs séquences, certaines informations restent constantes dans les séquences successives, d'autres sont propres à chaque séquence. Le RPS réunit les deux types d'informations, celles liées au séjour (constantes) et celles propres à la séquence (variables).

2.1.1 Les Informations administratives constantes au cours du séjour

❒ Numéros FINESS d'inscription e-PMSI

On désigne ainsi le numéro de l'établissement de santé dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS).

> Dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS), les structures de santé sont identifiées par deux numéros à 9 caractères dont les 2 premiers correspondent au numéro de département d'implantation :
>
> – le numéro de l'entité juridique, à laquelle une ou plusieurs entités géographiques (établissements) sont rattachées ;
> – le numéro de l'entité géographique.
>
> **L'entité juridique** correspond à la notion de personne morale. Elle est la structure détenant l'autorisation d'activité. Elle exerce celle-ci dans une ou plusieurs entités géographiques (établissements) qu'elle représente juridiquement.
>
> **L'entité géographique** est la structure (établissement) dans laquelle est exercée l'activité.
>
> De plus, quand dans une même implantation plusieurs activités dépendent de budgets distincts, on identifie autant d'établissements dans le même lieu que de budgets distincts[15].
>
> Deux numéros FINESS doivent être recueillis, celui de l'inscription sur la plateforme é-PMSI et celui de l'entité géographique.
>
> Lors de la transmission des informations sur la plateforme é-PMSI, l'adéquation des numéros FINESS avec le descriptif des établissements enregistrés est vérifiée dans chaque résumé[16].

[14] À propos du contenu de ce dossier, voir l'article R. 1112-2 du code de la santé publique.

[15] Par exemple, dans le cas d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyens.

[16] Voir le chapitre III.

❒ Identifiant permanent du patient (IPP)

C'est un numéro créé dans le système d'information de l'entité juridique, permettant de référencer sous un identifiant unique et permanent l'ensemble des informations relatives à un patient quelle que soit la nature de la prise en charge. L'IPP n'est pas le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP).

L'IPP est conservé, et utilisé à chaque nouvelle prise en charge du patient, indépendamment du numéro de séjour, quel qu'en soit le lieu au sein de l'entité juridique**.** Celle-ci doit se donner les moyens de s'assurer de la fiabilité de l'IPP.

L'IPP a aussi pour objet de permettre de comptabiliser la file active de l'établissement pour la *Statistique annuelle des établissements* (SAE), et celle des secteurs et dispositifs intersectoriels pour le rapport d'activité (se reporter au point 1.3.2).

❒ Date de naissance : jour, mois, année

Elle est recueillie par référence aux documents d'état civil ou d'assurance maladie.

Si le patient est l'assuré, la date de naissance figure dans la carte *Vitale* et dans l'attestation associée ; si le patient est ayant droit, elle figure dans l'attestation. Si le jour de la naissance est inconnu, on enregistre par défaut « 01 » soit le premier jour du mois. Si le mois n'est pas connu, on enregistre par défaut le mois de janvier « 01 ». Si le jour et le mois ne sont pas connus, on enregistre par défaut la date du 31 décembre de l'année de naissance. Si l'année n'est pas connue précisément, on enregistre par défaut la décennie. Il en résulte que pour une date de naissance inconnue, on enregistre 31/12 et une décennie (par exemple 31/12/1950)[17]

Lorsqu'une personne est admise dans un établissement de santé ou y reçoit des soins en demandant à garder l'anonymat conformément aux articles R. 1112-28 et R. 1112-38 du code de la santé publique, le recueil de la date de naissance est limité à l'année de naissance[18].

❒ Sexe

Il est recueilli par référence aux documents d'état civil ou d'assurance maladie.

Code 1 *Masculin*

Code 2 *Féminin*

❒ Code postal du lieu de résidence

Il est le code postal du lieu de résidence pour les patients résidant en France, ou le code postal du pays de résidence pour les patients résidant hors de France.

Si le code postal précis est inconnu : on enregistre le numéro du département suivi de 999.

Si le patient réside en France mais que le département est inconnu : on enregistre 99100.

Pour les patients résidant hors de France : on enregistre 99 suivi du code INSEE du pays.

Si le pays de résidence est inconnu : on enregistre 99999.

Les codes postaux de type *CEDEX* ne doivent pas être utilisés. Lorsque le patient réside dans une structure d'hébergement médicosociale devenue son domicile, il convient de noter le code postal de la commune de la structure.

Les informations relatives au code postal de résidence doivent être cohérentes avec celles présentes dans le dossier médical, notamment lorsqu'il existe plusieurs lieux de résidence (enfants en accueil temporaire, famille d'accueil…).

Pour les patients hospitalisés depuis plusieurs années dans un établissement de psychiatrie, le code postal de résidence est celui du dernier lieu de résidence connu.

Pour les personnes sans domicile, il convient de retenir l'information la plus précise connue et d'enregistrer le code Z59.0 *Sans abri* de la CIM–10 dans la rubrique *Diagnostics et facteurs associés* du RPS (voir ce qui concerne cette information dans le point 2.1.2.3 *infra*).

Le code postal de résidence d'un détenu est celui de l'établissement pénitentiaire de provenance.

[17] Instruction générale relative à l'état civil du 2 novembre 2004

[18] Par exemple, si l'année de naissance est 1970, on saisit 4 espaces suivis de 1970.

Lorsqu'une personne est admise dans un établissement de santé ou y reçoit des soins en demandant à garder l'anonymat conformément aux articles R. 1112-28 et R. 1112-38 du code de la santé publique, il convient d'enregistrer 99999 pour code postal de résidence.

❒ Numéro de séjour

Il permet d'établir un lien entre les résumés par séquence d'un même séjour, ainsi qu'entre le résumé de séjour et le dossier administratif du patient. Il revient à chaque établissement de définir les principes d'attribution de ce numéro de séjour.

Le numéro de séjour enregistré peut être le numéro administratif du séjour (numéro d'entrée). S'il est différent, le médecin responsable de l'information médicale conserve la correspondance entre le numéro administratif et le numéro de séjour. Cette correspondance permet de respecter les conditions d'application du chainage anonyme (voir le chapitre III).

Un nouveau numéro de séjour est créé à chaque nouvelle admission en psychiatrie pour une prise en charge à temps complet, y compris :

- au retour d'une sortie temporaire[19] ;
- au retour d'une sortie sans autorisation ;
- lors d'une entrée par mutation en provenance d'une unité d'hospitalisation d'un autre champ sanitaire (médecine-chirurgie-obstétrique-odontologie (MCO), soins de suite ou de réadaptation (SSR), …) de l'établissement (même entité juridique).

Le numéro de séjour change :

- à chaque changement de nature de prise en charge : passage du temps complet au temps partiel ou inversement ; un séjour correspond en effet à une seule nature de prise en charge ; en revanche, le numéro de séjour ne change pas quand le patient change de forme d'activité dans la même nature de prise en charge ;
- à la fin d'une prise en charge combinée parallèle associant temps complet et temps partiel (voir les points 1.2.1.3 et 2.1.2.1).

Une permission (article R. 1112-56 du CSP), une absence de courte durée n'excédant pas 12 heures (article L. 3211-11-1 du CSP), le changement d'année civile, n'interrompent pas un séjour.

Dans le cas d'un patient sorti puis réadmis le même jour calendaire, on n'identifie qu'un seul séjour. Le séjour précédant la sortie et celui suivant la réadmission sont considérés comme un seul séjour auquel est attribué un numéro de séjour unique[20].

Pour un patient pris en charge à temps partiel dans un même établissement, un même séjour, et par conséquent un même numéro de séjour, peut recouvrir des prises en charge discontinues programmées qui relèvent de la même nature de prise en charge. Par prise en charge discontinue programmée, on entend les prises en charge à temps partiel telles que, lors de chaque venue, la date de la suivante est fixée.

Exemple : pour un patient hospitalisé à temps plein du 8 au 13 décembre de l'année *n* puis hospitalisé de jour à partir du 15 décembre de *n* au sein du même établissement, deux numéros de séjours sont créés :

- l'un pour l'hospitalisation à temps plein ;
- l'autre pour l'hospitalisation de jour[21].

L'hospitalisation à temps plein et l'hospitalisation de jour correspondent en effet à deux natures de prise en charge distinctes.

❒ Date d'entrée du séjour : jour, mois, année

Dans le cas des prises en charge à **temps complet**, c'est le jour de l'admission dans l'entité juridique. Dans le cas de prise en charge à **temps partiel**, c'est le premier jour de la prise en charge par l'équipe soignante.

Il n'est pas enregistré de date d'entrée au retour d'une permission (article R. 1112-56 du code de la santé publique, CSP) ou d'une absence de courte durée n'excédant pas 12 heures (article L. 3211-11-1 du CSP) puisque le même séjour se poursuit.

---

[19] Sortie pour une durée supérieure au délai légal de permission, avec l'accord du médecin, au terme de laquelle un retour est prévu.

[20] Se reporter à la note 10 *supra*.

[21] L'hospitalisation de jour débutant le 15 décembre, on rappelle que le changement d'année civile n'induira pas de changement de séjour.

Une date d'entrée est saisie au retour d'une sortie temporaire[22] et d'une sortie sans autorisation, car un nouveau séjour doit alors être créé.

❒ Date de sortie du séjour : jour, mois, année

Dans le cas d'une prise en charge à **temps complet**, c'est le jour de la sortie de l'entité juridique. Dans le cas d'une prise en charge à **temps partiel**, c'est le dernier jour de la prise en charge par l'équipe soignante.

Si à la date de constitution des fichiers de résumés par séquence (voir *infra* le point 2.3), la sortie du patient n'a pas eu lieu, cette information ne doit pas être renseignée, la zone de sa saisie doit être laissée vide.

Il n'est pas enregistré de date de sortie lors d'un départ en permission (article R. 1112-56 du code de la santé publique, CSP) ou pour une absence de courte durée n'excédant pas 12 heures (article L. 3211-11-1 du CSP), puisqu'elles n'interrompent pas le séjour.

Une date de sortie est saisie lors d'un départ en sortie temporaire[22] et lors d'une sortie sans autorisation, car elles mettent un terme au séjour.

❒ Mode d'entrée

Il doit être enregistré pour les prises en charge à **temps complet** et à **temps partiel**. Au sein de la notion générale de *transfert* au sens des codes de la sécurité sociale et de la santé publique, le PMSI distingue *la mutation* et *le transfert*.

Code 6 *Mutation*

Le patient vient d'une autre unité médicale d'hospitalisation appartenant :

– à la même entité juridique pour les établissements de santé publics ;
– à la même entité géographique pour les établissements de santé privés.

Cette unité médicale appartient en général à un autre champ d'activité que la psychiatrie : médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO), soins de suite ou de réadaptation (SSR) – y compris l'hospitalisation à domicile (HAD) relative à ces activités –, soins de longue durée (voir ci-dessous l'information « provenance »).

Dans le cas d'un patient sorti puis réadmis le même jour calendaire, le séjour précédant la sortie et celui suivant la réadmission sont considérés comme un seul séjour[23]. En conséquence, si l'unité médicale de sortie et celle de réadmission étaient différentes, le mouvement enregistré entre les deux serait une mutation.

Code 7 *Transfert*

Le patient vient :

– d'une unité d'hospitalisation d'une autre entité juridique pour les établissements de santé publics ;
– d'une unité d'hospitalisation d'une autre entité juridique ou d'un autre établissement de la même entité juridique pour les établissements de santé privés.

Cette unité médicale peut appartenir à un autre champ d'activité que la psychiatrie : médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO), soins de suite ou de réadaptation (SSR) – y compris l'hospitalisation à domicile (HAD) relative à ces activités –, soins de longue durée.

Par « le patient vient » on entend que le patient était hospitalisé – il avait fait l'objet d'une admission dans une unité d'hospitalisation, y compris dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) – dans l'entité juridique ou l'établissement de santé de provenance. Dans le cas d'un patient venant de la structure d'accueil des urgences d'une autre entité juridique ou d'un autre établissement de santé, non hospitalisé dans celui-ci, le mode d'entrée est *domicile*[24] (voir ci-dessous).

Code 0 *Transfert provisoire (« transfert pour ou après réalisation d'un acte »)*[25]

Code 8 *Domicile*

[22] Se reporter à la note 19.

[23] Se reporter à la note 10 *supra*.

[24] Cette consigne est justifiée par une volonté de cohérence des bases de données. Si l'établissement de destination codait une admission par transfert, on chercherait en vain le séjour antérieur contigu.

[25] Se reporter au point 5 *infra*.

Le patient vient de son domicile ou de son substitut, tel une structure d'hébergement médicosociale[26]. Ce mode inclut l'entrée à partir de la voie publique, notamment pour les patients sans abri, et le retour des patients sortis sans autorisation.

Il n'est pas enregistré de mode d'entrée au retour d'une *permission* (article R. 1112-56 du code de la santé publique, CSP) ou d'une absence de courte durée n'excédant pas 12 heures (article L. 3211-11-1 du CSP), puisque le même séjour se poursuit.

Un mode d'entrée est codé au retour d'une sortie temporaire[27] et d'une sortie sans autorisation, car un nouveau séjour doit alors être créé.

❒ Provenance, si le mode d'entrée le nécessite

En cas d'entrée par mutation ou transfert :

Code 1 *En provenance d'une unité de MCO*

Code 2 *En provenance d'une unité de soins de suite et de réadaptation*

Code 3 *En provenance d'une unité de soins de longue durée*

Code 4 *En provenance d'une unité de psychiatrie*

Code 6 *En provenance d'hospitalisation à domicile*[28]

En cas d'entrée à partir du domicile :

Code 5 *Avec passage dans une structure d'accueil des urgences*

Code 7 *En provenance d'une structure d'hébergement médicosociale*[26]

NB *:* lorsqu'un patient vient d'une structure d'hébergement médicosociale et passe par une structure d'accueil des urgences, il faut privilégier le code de provenance « 5 » aux dépens du code « 7 ».

❒ Mode de sortie

Il doit être enregistré pour les prises en charge à temps complet et à temps partiel. Au sein de la notion générale de *transfert* au sens des codes de la sécurité sociale et de la santé publique, le PMSI distingue *la mutation* et *le transfert*.

Code 4 *Sortie sans autorisation*
Ce mode de sortie correspond aux fugues et sorties contre avis médical.

Code 6 *Mutation*
Le patient sort vers une autre unité médicale d'hospitalisation appartenant :

- à la même entité juridique pour les établissements de santé publics ;
- à la même entité géographique pour les établissements de santé privés.

Cette unité médicale appartient en général à un autre champ d'activité que la psychiatrie : médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO), soins de suite ou de réadaptation (SSR) – y compris l'hospitalisation à domicile (HAD) relative à ces activités –, soins de longue durée (voir ci-dessous l'information « destination »).

Dans le cas d'un patient sorti puis réadmis le même jour calendaire, le séjour précédant la sortie et celui suivant la réadmission sont considérés comme un seul séjour[29]. En conséquence, si l'unité médicale de sortie et celle de réadmission étaient différentes, le mouvement enregistré entre les deux serait une mutation.

Code 7 *Transfert*
Le patient sort vers :

- une autre entité juridique pour les établissements de santé publics ;
- une autre entité juridique ou un autre établissement de la même entité juridique pour les établissements de santé privés.

[26] Établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles. Par exemple, établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), maison de retraite, section de cure médicale, logement-foyer, établissement d'hébergement pour enfants ou adultes handicapés.

[27] Se reporter à la note 19 *supra*.

[28] C'est-à-dire en provenance du domicile où le patient était pris en charge par une structure d'hospitalisation à domicile.

[29] Se reporter à la note 10 *supra*.

Cette unité médicale peut appartenir à un autre champ d'activité que la psychiatrie : médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO), soins de suite ou de réadaptation (SSR) – y compris l'hospitalisation à domicile (HAD) relative à ces activités –, soins de longue durée.

Code 0 *Transfert provisoire (« transfert pour ou après réalisation d'un acte »)*[30]

Code 8 *Domicile*
Le patient retourne à son domicile ou à son substitut (se reporter au mode d'entrée *domicile*).

Code 9 *Décès*
Le patient est décédé dans l'unité médicale.

Si à la date de constitution des fichiers de résumés par séquence, la sortie du patient n'a pas eu lieu, l'information *mode de sortie* ne doit pas être renseignée, sa zone de saisie doit être laissée vide.

Il n'est pas enregistré de mode de sortie lors d'un départ en *permission* (article R. 1112-56 du code de la santé publique, CSP) ou pour une absence de courte durée n'excédant pas 12 heures (article L. 3211-11-1 du CSP), puisqu'elles n'interrompent pas le séjour.

Un mode de sortie est codé lors d'un départ en sortie temporaire[31] et lors d'une sortie sans autorisation, car elles mettent un terme au séjour.

❒ Destination, si le mode de sortie le nécessite

En cas de sortie par mutation ou transfert :

Code 1 *Vers une unité de MCO*

Code 2 *Vers une unité de soins de suite et de réadaptation*

Code 3 *Vers une unité de soins de longue durée*

Code 4 *Vers une unité de psychiatrie*

Code 6 *Vers l'hospitalisation à domicile*[32]

En cas de sortie vers le domicile :

Code 7 *Vers une structure d'hébergement médicosociale*[33]

Si à la date de constitution des fichiers de résumés de séquence, la sortie du patient n'a pas eu lieu, l'information *destination* ne doit pas être renseignée, la zone de saisie doit être laissée vide.

Un passage entre temps partiel et temps complet voit habituellement le patient retourner à son domicile entre les deux prises en charge. En conséquence, le mode de sortie de la première et le mode d'entrée de la seconde doivent être codés « 8 ». En cas de mutation ou de transfert direct et immédiat, sans retour à domicile intermédiaire, on utilisera le code « 6 » ou « 7 » selon les cas.

Dans le cadre d'une prise en charge combinée avec temps complet et temps partiel parallèles (se reporter au point 1.2.1.3), la fin du séjour avec activité combinée correspond par convention à un mode de sortie au domicile (code « 8 »).

2.1.2 **Les Informations variables au cours du séjour**

2.1.2.1 Informations relatives à l'unité médicale et aux mouvements du patient

❒ Numéro de l'unité médicale

Le numéro de l'unité médicale (UM) enregistré dans le RPS est celui dans laquelle le patient est physiquement hospitalisé, y compris si le médecin dispensant les soins est rattaché à une UM différente.

Ce numéro est conforme au fichier-structure de l'établissement.

❒ Forme d'activité

---

[30] Se reporter au point 5 *infra.*

[31] Se reporter à la note 19 *supra.*

[32] C'est-à-dire à destination du domicile où le patient sera pris en charge par une structure d'hospitalisation à domicile.

[33] Se reporter à la note 26.

- Prises en charge à temps complet :

Code 01 *Hospitalisation à temps plein*

Code 02 *Séjour thérapeutique*

Code 03 *Hospitalisation à domicile*

Code 04 *Placement familial thérapeutique*[34]

Code 05 *Appartement thérapeutique*

Code 06 *Centre de postcure psychiatrique*

Code 07 *Centre de crise (incluant centre d'accueil permanent et centre d'accueil et de crise)*

- Prises en charge à temps partiel :

Code 20 *Hospitalisation à temps partiel de jour*

Code 21 *Hospitalisation à temps partiel de nuit*

Code 23 *Prise en charge en atelier thérapeutique*

❒ Indicateur de séquence

Il a 2 modalités :

- Code P *Activités combinées parallèles*
- Code A *Activités combinées associées*

Lorsqu'un patient pris en charge dans une forme d'activité bénéficie de la mise en œuvre d'une autre forme d'activité en complément de la précédente, on parle de **formes d'activité combinées**. Le passage d'une forme d'activité à deux formes combinées impose un changement de séquence. En cas de combinaisons de formes d'activité, il faut créer autant de séquences que de formes d'activité. Les séquences sont liées entre elles selon un mode « parallèle », s'il s'agit de prises en charge à temps complet et à temps partiel, ou selon un mode « associé » s'il s'agit de la combinaison de deux prises en charge à temps partiel.

Afin d'avoir une vision suffisamment exhaustive de l'activité effectivement réalisée, un indicateur de séquence doit être saisi.

Pour des séquences parallèles où une activité à temps partiel a lieu pendant une période particulière d'une activité à temps complet :

- une séquence de temps complet isolé est d'abord recueillie ;
- quand débute la prise en charge à temps partiel, la séquence précédente est close et 2 nouvelles séquences sont ouvertes le même jour : une à temps complet, renseignant l'indicateur de séquence par la lettre « P » et une autre, à temps partiel, portant le même indicateur de séquence « P » et comptabilisant les jours de prise en charge effective à temps partiel.

La fin de la période combinée parallèle voit la clôture du séjour et l'ouverture d'un nouveau séjour lors du passage à la forme d'activité isolée qui fait suite (en général à temps partiel).

Pour des séquences associées combinant 2 formes d'activité à temps partiel simultanées pendant une période :

- une séquence est ouverte pour une activité, et une autre pour l'autre activité ;
- dans chacun des 2 résumés par séquence, l'indicateur de séquence est renseigné avec la lettre « A » ;
- la forme d'activité isolée à temps partiel, qui précède ou suit la période combinée donne lieu au recueil d'une séquence propre.

Il est cependant préférable, dans le cas de formes d'activité à temps partiel alternées, de faire des changements de séquences, pour bien individualiser ces différentes formes d'activité.

Dans l'attente d'une évolution du RIM-P, il est demandé :

- pour les établissements qui le souhaitent et qui le peuvent, d'enregistrer des séquences combinées sous forme de résumés par séquence en utilisant un indicateur de séquence ;

[34] Voir l'encadré page 17.

- si la constitution des séquences combinées (parallèle ou associée) n'est pas réalisable dans les systèmes d'information actuels, de renseigner l'indicateur de séquence au titre de la séquence du temps complet en cas d'association entre temps complet et temps partiel, ou au titre de la séquence qui a débuté en premier en cas d'association de deux temps partiels.

❒ Date de début de séquence : jour, mois, année

Pour la première séquence du séjour, il s'agit de la date d'entrée de séjour. Dans les autres cas, elle correspond à la date de survenue d'un évènement entrainant la création d'une nouvelle séquence.

❒ Date de fin de séquence : jour, mois, année

Pour les séjours ne comprenant qu'une seule séquence ou la dernière séquence d'un séjour, il s'agit de la date de sortie du séjour. Dans les autres cas, la date de fin de séquence est égale à la date de début de la séquence suivante.

2.1.2.2 Informations relatives à la prise en charge du patient

❒ Nombre de jours de présence

Pour les prises en charge à temps complet, il correspond à la durée de la séquence (date de fin moins date de début, soustraction faite des jours de permission[35]), augmentée d'une journée en cas de décès.

Pour les prises en charge à temps partiel, le nombre de jours de présence correspond au nombre de venues d'une journée (durée minimale de 6 heures) ou de séances de 6 à 8 heures[36]. Ill est souhaitable d'enregistrer cette information en temps réel.

Remarques :

- l'unité de compte « journée » de la prise en charge à temps complet est indépendante du nombre d'heures de présence ; la règle qui s'applique est celle de la présence à minuit : la journée est décomptée dès lors que le patient est présent à minuit, quel que soit le nombre d'heures de présence ;
- lors d'un transfert d'un établissement à un autre, le jour du transfert n'est pas comptabilisé comme jour de présence par l'établissement de départ ; il est comptabilisé comme jour d'entrée par l'établissement d'arrivée.

❒ Nombre de demi-journées de présence

Il concerne les prises en charge à temps partiel ; il correspond au nombre de venues d'une demi-journée (durée minimale de 3 heures) ou de séances de 3 à 4 heures[36]. Il est souhaitable d'enregistrer cette information en temps réel.

❒ Nombre de jours d'isolement thérapeutique

Cette rubrique ne doit être renseignée que pour les patients pris en charge en hospitalisation à temps plein. Il convient de relever le nombre de jours calendaires où le patient a fait l'objet d'un isolement selon

[35] Il est souhaitable que l'information relative aux permissions soit enregistrée en temps réel, permettant ainsi une automatisation du décompte des journées de présence, procédure simple et fiable.

[36] Arrêté du 25 février 2016 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation, des médicaments et des produits et prestations pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et les activités de psychiatrie exercées par les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris pour l'application de l'article L. 162-22-1 du même code.

le protocole de surveillance de la Haute Autorité de santé (HAS)[37], d'une durée continue égale ou supérieure à 2 heures[38].

Les dates et horaires d'isolement doivent être mentionnés dans le dossier médical du patient.

❒ Indicateur d'accompagnement thérapeutique en milieu scolaire

En cas d'accompagnement thérapeutique dans le milieu scolaire, il convient de renseigner l'indicateur par la lettre S ; dans les autres cas, l'indicateur reste « à blanc ». L'accompagnement thérapeutique en milieu scolaire est défini par l'un des critères suivants :

- scolarisation minimale de 10 heures par semaine sur le lieu de soin ;
- rencontre hebdomadaire d'un membre de l'équipe soignante avec le personnel de l'éducation nationale (médecin de l'Éducation nationale, psychologue scolaire, infirmière scolaire, enseignant) ou de l'organisme socio-éducatif sur le lieu scolaire ou socio-éducatif pour l'intégration de l'enfant en milieu scolaire.

❒ Numéro de secteur ou de dispositif intersectoriel

Les établissements sectorisés doivent indiquer le numéro à 5 caractères du secteur dans lequel le patient est pris en charge.

Un dispositif intersectoriel est créé par délibération des instances de l'établissement. Ce sont des unités qui assurent des missions sectorielles pour le compte de plusieurs secteurs de psychiatrie (générale ou infantojuvénile). Un dispositif intersectoriel correspond ou est rattaché à une fédération, à un département ou à un service ; il exerce une ou plusieurs activités, comporte un ou plusieurs types d'équipements, une ou plusieurs unités fonctionnelles.

Sont exclues ici : les unités placées sous la responsabilité d'un praticien du secteur assurant des prestations pour le compte d'autres secteurs, avec les moyens propres du secteur et, le cas échéant, des moyens provenant des autres secteurs concernés. Dans ce cas, le numéro à enregistrer est le code du secteur du praticien.

Le numéro de secteur ou de dispositif intersectoriel se décompose de la façon suivante :

2 premiers caractères : numéro du département

3e caractère : type de secteur ou de dispositif intersectoriel

- G : secteur de psychiatrie générale
- I : secteur de psychiatrie infantojuvénile
- P : secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire et UHSA[39]
- Z : dispositif intersectoriel formalisé
- D : unité pour malades difficiles

2 derniers caractères : numéro du secteur ou du dispositif intersectoriel au sein de l'établissement.

Pour la Corse et les départements d'outre-mer, les codes de département sont les suivants :

- 2A : Corse-du-Sud
- 2B : Haute-Corse
- 96 : Guadeloupe
- 97 : Martinique
- 98 : Guyane
- 99 : Réunion

Pour les unités pour malades difficiles (UMD) à vocation interrégionale, il est convenu d'indiquer le code du département d'implantation suivi de la lettre D et de 00.

---

[37] *Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie.* Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Paris, juin 1998.

[38] Dans une situation où le patient serait placé en chambre d'isolement du premier au dernier jour de son séjour, le nombre de jours d'isolement serait supérieur de 1 au nombre de journées de présence. Par exemple, pour un patient ayant séjourné en chambre d'isolement chaque jour de son séjour du 6 au 10, le nombre de jours d'isolement est 5 (6, 7, 8, 9, 10) alors que le nombre de journées de présence est 4 (10-6 ; voir le point 2.1.2 *supra*).

[39] Unité d'hospitalisation spécialement aménagée dont le fonctionnement est régi par la circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2 no 2011-105 du 18 mars 2011 ». On se réfèrera au « Guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice » dont la première partie traite de l'organisation des structures administratives (dont les SMPR et UHSA notamment).

Il est rappelé que les UHSA étant des unités d'hospitalisation à temps plein, la forme d'activité doit donc toujours être codée avec « 01 ». Il est recommandé d'enregistrer le code CIM-10 Z65.1 *Emprisonnement et autre incarcération* en position de DA[40] (diagnostics et facteurs associés).

Pour les établissements non sectorisés, il convient de laisser la zone de saisie vide (« à blanc »).

❒ Mode légal de soins

Il est recueilli lors des prises en charge **à temps complet et à temps partiel** et codé selon les modalités suivantes.

Code 1 *Soins psychiatriques libres*

Code 3 *Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État* (article L. 3213-1 du code de la santé publique, CSP)

Code 4 *Soins psychiatriques aux personnes jugées pénalement irresponsables* (articles L. 3213-7 du CSP et 706-135 du code de procédure pénale)

Code 5 *Soins psychiatriques dans le cadre d'une ordonnance provisoire de placement (OPP)*

Code 6 *Soins psychiatriques aux détenus* (article D. 398 du code de procédure pénale et article L. 3214-3 du CSP)

Code 7 *Soins psychiatriques à la demande d'un tiers* (2 certificats) ou *soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence* (1 certificat)

Code 8 *Soins psychiatriques pour péril imminent* (1 certificat, sans tiers)

Attention à la cohérence des informations
1) L'hospitalisation dans une UMD :
– est toujours à temps plein ; un code de numéro de secteur ou de dispositif intersectoriel ayant pour 3e caractère « D » doit donc coexister avec une forme d'activité codée 01 ;
– exclut les soins psychiatriques libres ; un code de numéro de secteur ou de dispositif intersectoriel ayant pour 3e caractère « D » ne peut donc pas coexister avec un mode légal de soins codé « 1 ».
2) L'hospitalisation dans une UHSA peut être effectuée soit en soins psychiatriques libres, soit en soins sans consentement. Le mode légal de soins doit être codé « 1 » pour les soins psychiatriques libres et « 6 » pour les soins sans consentement.
3) Seuls des soins psychiatriques libres peuvent être dispensés dans le cadre d'un placement familial thérapeutique ; un code de forme d'activité 04 doit donc coexister avec un mode légal de soins codé « 1 ».

2.1.2.3 Informations médicales, paramédicales et socio-éducatives du patient

❒ Diagnostic principal ou motif principal de prise en charge

Le diagnostic principal ou motif principal de prise en charge, est celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins pendant la séquence. Il peut éventuellement évoluer durant un séjour, donc changer d'une séquence à l'autre. Il doit être codé au terme de chaque séquence.

Il est renseigné quel que soit l'âge du patient, exclusivement par un code de la CIM-10 à usage PMSI (CIM–10–FR).

Il peut s'agir d'un trouble mental ou du comportement (chapitre V), d'une affection somatique (chapitres I à XVII et XIX), ou d'un résultat anormal d'examen (chapitre XVIII) ou d'un autre motif de recours aux soins (chapitre XXI).

Le chapitre XX *Causes externes de morbidité et de mortalité* (codes commençant par les lettres V, W, X et Y) ne doit pas être utilisé pour le codage du diagnostic ou motif principal de prise en charge.

[40] en complément des autres codes CIM–10 décrivant la prise en charge du patient (trouble mental, pathologie somatiques, etc.).

Chaque code du chapitre V de la CIM–10, Troubles mentaux et du comportement, est suivi d'une note explicative à laquelle il est recommandé de se référer.

Exemple :

- F20.0 Schizophrénie paranoïde

  La schizophrénie paranoïde se caractérise essentiellement par la présence d'idées délirantes relativement stables, souvent de persécution, habituellement accompagnées d'hallucinations, en particulier auditives, et de perturbations des perceptions. Les perturbations des affects, de la volonté et du langage, de même que les symptômes catatoniques, sont soit absents, soit relativement discrets.

Si un diagnostic n'a pu être retenu à l'issue de la prise en charge, il est préconisé l'utilisation d'un code en rapport avec un symptôme.

Exemples :

- Des codes de la catégorie R44 Autres symptômes et signes relatifs aux sensations et aux perceptions générales : R44.0 Hallucinations auditives ; R44.1 Hallucinations visuelles ; R44.2 Autres hallucinations ;
- Des codes de la catégorie R45 Symptômes et signes relatifs à l'humeur : R45.2 Tristesse ; R45.3 Découragement et apathie ;
- Des codes de la catégorie R46 Symptômes et signes relatifs à l'apparence et au comportement : R46.0 Hygiène personnelle très défectueuse ; R46.1 Apparence personnelle bizarre ; R46.3 Suractivité ; R46.4 Lenteur et manque de réactivité ; R46.5 Caractère soupçonneux et évasif.

Le meilleur code est le plus précis par rapport à l'information à coder (volume 2 de la CIM-10, p. 109 ou 147, règle MB4). Ainsi, l'utilisation des codes suivants n'est pas recommandée :

F09 : Trouble mental organique ou symptomatique, sans précision

F69 : Trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte, sans autre indication

F89 : Trouble du développement psychologique, sans précision

F99 : Trouble mental, sans autre indication

Le diagnostic principal ou motif principal de prise en charge doit être codé avec quatre caractères chaque fois qu'il appartient à une catégorie subdivisée de la CIM–10.

Il ne peut être codé avec trois caractères que lorsque la catégorie n'est pas subdivisée.

Exemples :

- une schizophrénie doit être codée F20.0 à F20.9 ; l'emploi de F20 n'est pas autorisé ;
- en revanche une démence sans précision est codée avec 3 caractères : F03.

L'emploi d'extensions à 5 voire 6 caractères est recommandé ; il s'agit :

- des codes étendus relatifs au chapitre V de la CIM–10 fondés sur la *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement – Critères diagnostiques pour la recherche*[41] ; pour leur emploi, on consultera le paragraphe 1.1 du chapitre IV.

  Exemples :

  - Les subdivisions suivantes peuvent être utilisées comme cinquième caractère avec la catégorie F20, pour spécifier la modalité évolutive des schizophrénies : 0 continue ; 1 épisodique avec déficit progressif ; 2 épisodique avec déficit stable ; 3 épisodique rémittente ; 4 rémission incomplète ; 5 rémission complète ; 8 autre ; 9 évolution imprévisible, période d'observation trop brève.
  - Les subdivisions suivantes peuvent être utilisées comme sixième caractère avec les catégories F00–F03 pour préciser la sévérité de la démence : 0 légère ; 1 moyenne ; 2 sévère.
- des extensions recommandées dans les chapitres XIII et XIX de la CIM–10 ;
- des extensions nationales créées pour le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), utilisées dans les autres champs sanitaires ; pour leur emploi, on consultera le paragraphe 1.1 du chapitre IV.

Par ailleurs, l'utilisation d'un 7^{e} et d'un 8^{e} caractère, à la disposition des sociétés savantes médicales, est possible. Non renseignés, ils doivent être laissés vides (« à blanc »).

[41] Ouvrage coédité par l'Organisation mondiale de la santé et les éditions Masson (1994).

❒ Diagnostics et facteurs associés

Un diagnostic ou un facteur associé correspond à une morbidité associée au diagnostic ou motif principal, ayant contribué à alourdir la prise en charge, et aux facteurs permettant de mieux décrire les circonstances des problèmes de santé au cours de la séquence. Les diagnostics et facteurs associés peuvent évoluer durant un séjour, donc changer d'une séquence à l'autre. Ils doivent être codés au terme de chaque séquence.

Lorsqu'un diagnostic ou un facteur associé est présent, il est renseigné quel que soit l'âge du patient, exclusivement par un code de la CIM-10 à usage PMSI (CIM–10–FR). Il peut s'agir :

- d'une affection psychiatrique associée au diagnostic ou au motif principal de prise en charge.

  Exemples :
  - F10.2 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de dépendance ;
  - F33.2 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques.

- d'une affection somatique.

  Exemples :
  - E11.90 Diabète sucré de type 2 insulinotraité, sans complication ;
  - E66.14 Obésité médicamenteuse de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 30 kg/m² et inférieur à 35 kg/m², ou obésité médicamenteuse de l'enfant ;
  - E22.1 Hyperprolactinémie ;
  - K59.0 Constipation.

- d'un facteur d'environnement influant sur l'état de santé (facteurs susceptibles de menacer la santé des sujets, tels que certaines conditions socioéconomiques ou psychosociales, et les éventuels antécédents personnels et familiaux de certaines affections) : chapitre XXI (codes « Z » de la CIM–10).

  Exemples :
  - Z59.0 Difficultés liées au fait d'être sans abri ;
  - Z59.10 Logement insalubre ou impropre à l'habitation ;
  - Z60.30 Difficultés liées à la langue ;
  - Z62.4 Difficultés liées à une négligence affective ;
  - Z64.0 Difficultés liées à une grossesse non désirée ;
  - Z65.1 Difficultés liées à un emprisonnement et autre incarcération ;
  - Z73.0 Surmenage ;
  - Z85.1 Antécédents personnels de tumeur maligne de la trachée, des bronches et des poumons ;
  - Z86.4 Antécédents personnels d'abus de substances psycho-actives ;
  - Z81.1 Antécédents familiaux d'abus d'alcool ;
  - Z91.7 Antécédent personnel de mutilation sexuelle féminine.

- d'une *cause externe de morbidité et de mortalité* (causes et circonstances de survenue de lésions traumatiques, d'intoxication, et d'autres effets indésirables, notamment les circonstances des agressions et des lésions auto-infligées) : chapitre XX de la CIM–10.

  Exemples :
  - Si l'affection résulte d'un effet indésirable du traitement médicamenteux (neuroleptique par exemple), il est recommandé de coder en plus de la manifestation, le code Y49.3 Effets indésirables des antipsychotiques phénothiazidiques et neuroleptiques au cours de leur usage thérapeutique ;
  - T18.2 Corps étranger dans l'estomac ;
  - W79.14 Inhalation et ingestion d'aliments provoquant une obstruction des voies respiratoires, établissement collectif, en se reposant, en dormant, en mangeant ou en participant à d'autres activités essentielles.

Il est possible de renseigner autant de diagnostics et facteurs associés que de besoin, à concurrence de 99. L'ordre de leur saisie est sans importance.

Les règles de codage d'un diagnostic ou d'un facteur associé sont identiques à celles du diagnostic principal :

- il doit être codé avec quatre caractères chaque fois qu'il appartient à une catégorie subdivisée de la CIM–10 ; il ne peut être codé avec trois caractères que lorsque la catégorie n'est pas subdivisée ;
- l'emploi des extensions à 5 voire 6 caractères est recommandé ;
- l'utilisation des 7e et 8e caractères destinés aux sociétés savantes est autorisée.

En 2013, a débuté un recueil d'informations visant à permettre d'identifier les patients atteints de polyhandicap lourd, quel que soit le motif de leur hospitalisation. Ce recueil concerne tous les champs d'activité : psychiatrie, MCO, SSR, HAD. Il utilise des listes de codes élaborées sous le contrôle de sociétés savantes[42]. Ces listes sont publiées sur le site Internet de l'ATIH.

❒ Actes de la Classification Commune des Actes Médicaux CCAM

Les actes médicotechniques réalisés dans le cadre de l'hospitalisation, quel que soit le médecin qui les réalise, doivent être enregistrés dans le RPS.

Seuls les actes réalisés durant l'hospitalisation considérée, et dont l'établissement assume la charge financière, peuvent être enregistrés dans le RPS. Un acte réalisé avant l'hospitalisation en Psychiatrie, ou bien programmé au cours d'une hospitalisation en Psychiatrie mais réalisé ultérieurement ne doit pas être enregistré dans le RPS.

La référence relative au codage des actes est la classification commune des actes médicaux descriptive, dite à usage PMSI, publiée au Bulletin officiel ; ses règles d'utilisation sont indiquées dans un Guide de lecture et de codage consultable et téléchargeable sur le site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Un compte rendu de chaque acte médical réalisé doit figurer dans le dossier du patient ; il doit permettre notamment d'en vérifier le codage.

Le codage d'un acte avec la CCAM descriptive associe les informations suivantes :

- le « code CCAM » principal est sur 7 caractères (4 lettres, 3 chiffres) et est distinct de « l'extension PMSI » ;

- l'« extension PMSI » est une variable indépendante, composée de trois caractères (un tiret et deux chiffres) pour les codes CCAM subdivisés ou créés ; lorsque « l'extension PMSI » existe (-01, -02, …), son enregistrement est recommandé - ;

- La date de réalisation de l'acte ;

- le nombre de réalisations de l'acte : cette variable est égale à « 1 » à l'exception des cas où le même acte est réalisé plus d'une fois le même jour ;

Il est aussi possible de compléter le code CCAM principal d'un code « phase », d'un code « activité » ou d'un code « extension documentaire ».

Exemple : réalisation d'un acte de sismothérapie sous anesthésie générale :

AZRP001 Séance d'électroconvulsivothérapie [sismothérapie][43]

❒ Cotation de la dépendance selon la grille des *activités de la vie quotidienne*

La dépendance du patient est évaluée au début du séjour pour les patients pris en charge à temps complet. Elle peut évoluer durant un séjour et donc changer d'une séquence à l'autre.

La cotation de la dépendance selon la grille des *activités de la vie quotidienne* (AVQ) est exposée dans l'appendice 1.

2.2 LES PRISES EN CHARGE AMBULATOIRES

Le recueil des résumés d'activité ambulatoire concerne l'ensemble des établissements ayant une activité de psychiatrie ambulatoire hormis les établissements financés par l'objectif quantifié national.

---

[42] Société française de pédiatrie et Société française de neuropédiatrie.

[43] On rajoutera un code d'activité « 4 » pour décrire l'acte d'anesthésie générale. Pour rappel un « Kit nomenclature CCAM » est mis à disposition sur le site de l'ATIH.

Il recouvre l'ensemble des prises en charge ambulatoires d'accueil et de soins en centre médicopsychologique (CMP), les prises en charges en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et les consultations réalisées dans un autre lieu. Cette activité concerne notamment la psychiatrie de liaison en établissement sanitaire ou médicosocial.

Ce recueil ne concerne en aucun cas un acte effectué pour un patient pris en charge en hospitalisation à temps plein dans une unité médicale de psychiatrie de l'établissement, en centre de postcure ou en centre de crise. En revanche, les patients pris en charge à temps complet dans le cadre d'autres formes d'activité (se reporter *supra* au point 1.1.3) peuvent voir recueillir un acte ambulatoire.

Les actes effectués pour un patient pris en charge à temps partiel dans une unité médicale de psychiatrie de l'établissement ne doivent être comptabilisés que s'ils n'ont pas lieu pendant le même temps de prise en charge.

> Exemple : un patient vient en hôpital de jour le matin et rencontre un psychologue en CMP l'après-midi. Une venue d'une demi-journée en hospitalisation de jour et un acte en CMP sont enregistrés. En revanche, il est impossible de compter deux prises en charge (l'une à temps partiel, l'autre ambulatoire) ayant lieu pendant la même demi-journée. Dans un tel cas, seule la prise en charge à temps partiel fait l'objet d'un enregistrement.

Lorsqu'une prise en charge est motivée par des difficultés de la relation entre une mère et son nouveau-né, seul l'enfant fait l'objet d'un recueil d'actes au titre de cette prise en charge, quelle que soit sa durée[44].

Des consignes de remplissage de la *Statistique annuelle des établissements* (SAE) à partir de ces informations sont diffusées dans le guide propre à la SAE (*Aide au remplissage*).

Le lien entre les différents actes ambulatoires, comme les éventuelles prises en charge à temps complet ou à temps partiel pour un même patient, se fait par l'intermédiaire de l'identifiant permanent du patient (IPP). Pour les établissements ne disposant pas d'un IPP constant entre les différents lieux possibles de prise en charge, l'activité ambulatoire est renseignée de manière agrégée. Cette modalité est décrite dans la section relative à la transmission des informations (chapitre III).

Pour chaque acte réalisé, les informations suivantes sont renseignées. Leur définition a été donnée *supra* dans le point 2.1 :

- ❒ numéros FINESS d'inscription é-PMSI et géographique ;
- ❒ numéro de secteur ou dispositif intersectoriel ;
- ❒ numéro d'unité médicale ;
- ❒ forme d'activité ; pour chaque acte, elle est renseignée avec un des codes suivants :

  Code 30 *Accueil et soins en centre médicopsychologique (CMP)*

  Code 31 *Accueil et soins dans un lieu autre que le CMP et le CATTP ; concerne notamment la psychiatrie de liaison en établissement sanitaire ou médicosocial*

  Code 32 *Accueil et soins en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)*

- ❒ numéro d'identification permanent du patient (IPP) dans l'entité juridique ;
- ❒ date de naissance ;
- ❒ sexe ;
- ❒ code postal de résidence ;

[44] Toutefois, si l'état de santé de la mère avant la naissance justifiait une prise en charge psychiatrique, elle reste dans la file active, au titre de la prise en charge antérieure.

❒ mode légal de soins : la nomenclature est celle présentée au point 2.1.2.2 supra.

Le mode légal de soins reflète la capacité à donner « son consentement » aux soins. Les personnes prises en charge dans le cadre des injonctions de soins le sont après recueil de leur consentement[45]. Le mode légale de soins est alors « 01 soins psychiatriques libres ».

❒ diagnostic principal ou motif de prise en charge principal ;

❒ diagnostics et facteurs associés.

Il est possible de renseigner jusqu'à 99 diagnostics et facteurs associés par résumé d'activité ambulatoire.

❒ Indicateur d'activité libérale

En cas de réalisation de l'acte dans le cadre de l'activité libérale des praticiens des hôpitaux publics, l'indicateur doit être renseigné par la lettre L ; dans les autres cas, l'indicateur reste « à blanc ».

La définition et les règles de recueil des informations suivantes sont données dans l'appendice 2 relatif à la grille *EDGAR*.

❒ Date de l'acte

❒ Nature de l'acte

❒ Lieu de l'acte

❒ Catégorie professionnelle de l'intervenant

❒ Nombre d'intervenants

2.3 CONSTITUTION DES FICHIERS DE RÉSUMÉS

2.3.1 Fichiers de résumés par séquence

Chaque trimestre, un fichier de résumés par séquence est produit sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Il est constitué par tous les résumés par séquence dont la date de fin est comprise dans le trimestre civil considéré. Il comprend les informations décrites dans le point 2.1.

2.3.2 Fichiers d'activité ambulatoire

La constitution de fichiers d'activité ambulatoire concerne l'ensemble des établissements ayant une activité de psychiatrie ambulatoire hormis les établissements de santé visés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (établissements financés par l'objectif quantifié national, OQN).

Chaque trimestre, un fichier d'activité ambulatoire doit être produit sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Il s'agit :

- d'un fichier détaillé lorsque l'établissement est en mesure de le produire ;
- dans les autres cas d'un fichier agrégé constitué au moyen du module logiciel FICHSUP-PSY téléchargeable sur le site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

2.3.2.1 Fichier d'activité ambulatoire sous une forme détaillée

Il est constitué par tous les résumés d'activité ambulatoire dont la date de réalisation est comprise dans le trimestre civil considéré. Il comprend les informations décrites au point 2.2.

[45] *Guide de l'injonction de soins*. Page 18.

2.3.2.2 Fichier d'activité ambulatoire sous une forme agrégée

Pour un trimestre civil, il contient, par lieu, nature d'acte et type d'intervenant :

- le nombre d'actes réalisés en dehors de l'activité libérale ;
- le nombre d'actes réalisés dans le cadre de l'activité libérale ;
- le nombre de patients pris en charge en dehors de l'activité libérale ;
- le nombre de patients pris en charge dans le cadre de l'activité libérale.

2.4 LES RÉSUMÉS ANONYMES (RPSA, R3A)

L'anonymisation des fichiers est effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Elle est le résultat d'un processus automatique réalisé par un module logiciel fourni par l'ATIH, nommé :

- PIVOINE-DGF[46] pour les établissements de santé visés au *a, b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (établissements financés par dotation annuelle de financement, DAF) ;
- PIVOINE-OQN pour les établissements de santé visés aux *d* et *e* du même article (établissements financés par l'objectif quantifié national).

2.4.1 Le résumé par séquence anonyme (RPSA)

La production de résumés par séquence anonymes est effectuée à partir des fichiers de résumés de séquences.

Les informations suivantes du résumé par séquence ne figurent pas dans le résumé par séquence anonyme :

- l'identifiant permanent du patient (IPP) ;
- le numéro de séjour ;
- l'unité médicale ;
- la date de naissance ;
- le code postal du lieu de résidence ;
- les dates d'entrée et de sortie du séjour, de début et de fin des séquences.

Les informations suivantes sont ajoutées :

- le résultat du cryptage irréversible de l'IPP par une technique de hachage distincte de celle mise en œuvre pour le chainage[47] ;
- un numéro séquentiel de séjour (différent du numéro de séjour créé par l'établissement) ;
- l'âge calculé à la date d'entrée, en années, ou en jours pour les enfants de moins de un an à cette date ;
- le code géographique attribué selon une liste convenue au niveau national ;
- un numéro séquentiel de séquence au sein de chaque séjour ;
- le délai entre la date de début de la séquence et la date d'entrée du séjour ;
- le nombre de jours couverts par la séquence ;
- le mois et l'année de la date de fin de séquence ;
- un code (dit *code-retour*) indiquant la présence (« 1 ») ou non (« 0 ») d'une anomalie parmi les informations du RPS.

[46] PIVOINE : programme informatique de vérification et d'occultation des informations nominatives échangées.

[47] Le chainage est exposé dans le chapitre III.

2.4.2 **Le résumé d'activité ambulatoire anonyme (R3A)**

La production de résumés d'activité ambulatoire anonymes est effectuée par PIVOINE-DGF à partir du fichier d'activité ambulatoire détaillé[48].

Les variables suivantes ne figurent pas dans le résumé d'activité ambulatoire anonyme :

- l'identifiant permanent du patient (IPP) ;
- l'unité médicale ;
- la date de naissance ;
- le code postal du lieu de résidence ;
- la date de réalisation de l'acte.

Les variables suivantes sont ajoutées :

- le résultat du cryptage irréversible de l'IPP par une technique de hachage distincte de celle mise en œuvre pour le chainage ;
- l'âge calculé à la date de réalisation de l'acte, en années, ou en jours pour les enfants de moins de un an à cette date ;
- le code géographique attribué selon une liste convenue au niveau national ;
- le mois et l'année de la date de réalisation de l'acte ;
- un code (dit *code-retour*) indiquant la présence (« 1 ») ou non (« 0 ») d'une anomalie parmi les informations du RAA.

2.5 FORMATS DES RÉSUMÉS

La description des formats informatiques des résumés d'activité et de facturation est disponible sur le site Internet de l'ATIH. Les dates à partir desquelles ces formats sont obligatoires et leur période de validité sont également indiquées.

Les établissements de santé doivent veiller au strict respect de ces normes et formats, faute de quoi les données ne pourraient pas être prises en compte lors des différents traitements.

3 INFORMATIONS À VISÉE D'ENQUÊTE

En complément des informations nécessaires à la mesure de l'activité, les établissements doivent recueillir des informations qui ne relèvent pas du champ du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie.

Si les variables correspondantes appartiennent au recueil minimum obligatoire, elles se différencient toutefois par le fait qu'elles ne font pas l'objet d'une transmission trimestrielle systématique, mais de transmissions ponctuelles organisées par les services de l'État avec pour objectif l'amélioration de la connaissance de l'activité de l'établissement et des populations prises en charge

Les données doivent être recueillies par patient, quel que soit le type de prise en charge (temps complet, temps partiel, ambulatoire). Les informations sont relatives aux caractéristiques sociales du patient susceptibles d'influer sur les modalités du traitement de celui-ci : nature du domicile, mode de vie, situation scolaire, situation professionnelle, prestation liée à un handicap, bénéfice d'un minimum social, bénéfice de la CMU, responsabilité légale, protection juridique. Leur connexion avec les autres informations du recueil utilise l'identifiant permanent du patient (IPP). Pour mémoire, ces informations étaient recueillies systématiquement dans la fiche par patient des établissements sectorisés.

[48] Le fichier agrégé constitué avec FICHSUP-PSY est anonyme du fait de son agrégation.

L'ensemble de ces données remplace la fiche par patient. Une note du 3 novembre 2006 de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère chargé de la santé précise les codes à utiliser.

4 PRESTATIONS INTER ACTIVITÉS (PIA)

On désigne par « prestation inter activité » une situation dans laquelle une unité d'hospitalisation a recours au plateau technique ou aux équipements d'une autre unité d'hospitalisation relevant d'un champ d'activité différent[49] pour assurer au patient des soins ou des examens qu'elle ne peut pas effectuer elle-même.

Il convient de distinguer les prestations réalisées à titre externe des prestations donnant lieu à une admission en hospitalisation :

- Les prestations de type « actes et consultations externes » ne doivent pas faire l'objet d'une facturation à l'assurance maladie par le prestataire.

- Les prestations donnant lieu à une admission en hospitalisation font l'objet d'une facturation à l'assurance maladie par le prestataire.

Les précisions sur les conditions de production de l'information médicale sur ce sujet des PIA sont décrites dans une notice publiée sur le site de l'ATIH.

5 PRESTATION INTER ETABLISSEMENTS (PIE)

5.1 DÉFINITION

On désigne par « prestation inter établissements » une situation dans laquelle un établissement de santé a recours au plateau technique ou aux équipements d'un autre établissement de santé, **relevant du même champ d'activité**, pour assurer aux patients des soins ou des examens qu'il ne peut pas effectuer lui-même.

On parle de prestation inter établissements dans les conditions suivantes :

- un patient est provisoirement transféré d'un « établissement de santé Psychiatrique demandeur A » vers un « établissement de santé Psychiatrique prestataire B » pour la réalisation d'un acte médicotechnique ou d'une autre prestation de soins ;
- le séjour du patient en B dure au maximum 2 journées civiles (pas plus d'une nuitée en B), après quoi le patient revient en A ;
- le séjour en A et la prestation réalisée en B relèvent du même champ d'activité au sens des articles R.162-29 à R.162-29-3 du CSS (MCO, SSR, psychiatrie).

Dans ces conditions le séjour en A n'est pas clos administrativement, il est *suspendu*. En d'autres termes, la réalisation de l'acte en B intervient sans interruption de l'hospitalisation en A.

5.2 OBJECTIFS DU DISPOSITIF

Ils sont au nombre de trois :

- faire en sorte que les séjours au cours desquels un acte ou une prestation est réalisé à l'extérieur - mais financièrement supporté par l'établissement de santé demandeur A- soient justement renseignés au plan médical ;
- éclairer les services de tutelle, qui pourraient s'étonner de voir figurer dans les RPSA produits par A des actes que cet établissement n'est pas autorisé à réaliser (équipements ou activités soumis à autorisation) ou pour lesquels il n'est pas équipé ;
- permettre à l'établissement de santé prestataire B de faire valoir, dans la base régionale du PMSI, l'ensemble de l'activité qu'il a réalisée au bénéfice de patients hospitalisés dans ses

[49] au sens des articles R.162-29 à R.162-29-3 (MCO, SSR, psychiatrie,).

murs, alors même que la logique financière ne l'autoriserait pas à produire de RPSA pour une activité qui lui est payée par un autre établissement.

5.3 DESCRIPTION DU DISPOSITIF

1°) L'établissement de santé psychiatrique prestataire B

Par « établissement de santé prestataire B » on entend :

- s'agissant des établissements de santé publics, une autre entité juridique ;
- s'agissant des établissements de santé privés, une autre entité géographique de la même entité juridique ou d'une autre entité juridique.

Si le patient fait l'objet d'une admission en **hospitalisation**, B produit un RPS dont les modes d'entrée et de sortie sont codés « 0 » (*transfert provisoire*). La prestation de B n'est pas facturée à l'assurance maladie car c'est à A que B la facture[50].

Les dates d'entrée et de sortie correspondantes ne peuvent qu'être identiques ou différer d'un seul jour.

Si le patient n'est pas hospitalisé, c'est-à-dire si l'activité est réalisée **à titre externe**, aucun RPS ne doit être produit par B et la prestation, facturée à A, ne doit pas l'être à l'assurance maladie.

La non-facturation de la prestation de B à l'assurance maladie résulte des informations enregistrées dans le fichier VID-HOSP décrit dans le chapitre II. L'information « séjour facturable à l'assurance maladie » doit être codée « 0 » *non* (c'est-à-dire séjour non facturable à l'assurance maladie) et l'information « motif de non facturation à l'assurance maladie » doit être codée « 5 » *patient hospitalisé dans un autre établissement.*

NB : si la durée d'hospitalisation en B est de plus de 2 journées civiles — plus d'une nuit hors de A —, le régime de suspension de séjour et les consignes données ci-dessus ne s'appliquent pas. Il s'agit d'un transfert définitif de A vers B. La situation est celle d'hospitalisations administrativement distinctes avec leurs RPS respectifs également distincts.

2°) L'établissement de santé psychiatrique demandeur A fait figurer dans son RPS :

- la prestation effectuée en B dont il assume la charge financière, notamment le code du ou des actes s'il s'agit d'actes médicotechniques inscrits dans la Classification commune des actes médicaux (CCAM) ;
- et le code Z75.80 *Sujet adressé dans un autre établissement pour réalisation d'un acte* en position de diagnostic et facteurs associés[51] pour signaler qu'une prestation a été réalisée dans un autre établissement.

Journées de présence : à déclarer dans le RPS selon les règles décrites au paragraphe 2.1.2.2

Il est fortement recommandé de ne produire qu'un seul RPS englobant la période de suspension de l'hospitalisation à l'exception des circonstances suivantes.

L'établissement A peut être amené à réaliser deux RPS (avant et après prestation) :

- soit en raison du retour du patient dans une unité médicale (UM) différente de celle dont il était parti ;
- soit pour des raisons calendaires, en cas d'absence du patient la dernière nuit d'un trimestre civil ;
- soit en raison de contraintes dues à son système d'information.

Dans ces cas, les deux RPS doivent comporter le même *numéro de séjour.*

Les modes de sortie et d'entrée de l'UM encadrant la suspension de séjour doivent être codés « 0 ». En d'autres termes : le mode de sortie du premier RPS (début de la suspension de l'hospitalisation,

[50] La réalisation de PIE peut faire l'objet de conventions entre établissements le cas échéant

[51] La notion de diagnostics et facteurs associés est développée dans le paragraphe 2.1.2.3 *supra.*

départ vers B) doit être codé « 0 » (départ par transfert provisoire pour réalisation d'un acte) et le mode d'entrée du second RPS (fin de suspension de séjour, retour de B) doit être également codé « 0 » (retour de transfert provisoire après réalisation d'un acte). La destination doit être codée dans le premier RPS et la provenance dans le second. Les dates de départ vers B et de retour de B ne peuvent qu'être identiques ou différer d'un seul jour[52].

6 RECUEIL DES MESURES DE CONTENTION ET D'ISOLEMENT

L'article L.3222-5-153 organise la traçabilité du recours à la contention et à l'isolement au sein de chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné pour assurer des soins psychiatriques sans consentement.

L'instruction N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 énonce que « le recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P) a vocation à intégrer à partir de 2018, sur la base des recommandations pour la pratique clinique publiée par la HAS54, des données relatives au recours à la contention et à préciser les modalités de recueil des données relatives aux espaces d'isolement ».

Elle précise aussi l'utilisation des données au sein de chacun de ces établissements ainsi qu'aux niveaux régional et national pour le suivi de ces pratiques.

Ainsi, à partir du 1er janvier 2018, les établissements autorisés en psychiatrie désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer les soins sans consentement doivent procéder au recueil des données relatives au recours à l'isolement et à la contention, en plus du recueil qui couvre les prises en charge à temps complet et à temps partiel sous la forme de résumés par séquence (RPS) et les prises en charge ambulatoires sous la forme de résumés d'activité ambulatoire (RAA)

Les modalités techniques de mise en œuvre de ce recueil sont précisées dans une notice technique PMSI publiée sur le site de l'ATIH.

[52] Les 2 séquences peuvent donc être « disjointes » : Il s'agit d'une exception à la règle générale sur la succession des séquences au sein d'un même séjour

[53] Introduit par l'article 72 de la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

[54] https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale

CHAPITRE II

PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À LA FACTURATION EN PSYCHIATRIE

II. PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À LA FACTURATION EN PSYCHIATRIE

Le dispositif de production, de traitement et de transmission des informations des établissements de santé dans le cadre du PMSI, décrit dans l'arrêté du 23 décembre 2016 modifié dit « arrêté PMSI-Psychiatrie »[1], a notamment pour but de mettre à la disposition de l'État des informations communes aux établissements de santé publics et privés ayant une activité de psychiatrie, relatives à leur activité et à sa facturation.

Les établissements privés financés par objectif quantifié national (OQN) doivent produire un recueil d'informations relatives à la facturation de l'activité, **le résumé standardisé de facturation** (RSF), transmis à l'agence régionale de santé après anonymisation sous la forme d'un **résumé standardisé de facturation anonyme**.
Les établissements de santé publics et privés financés par dotation annuelle produisent, quant à eux, les recueils « VID-HOSP ».

1 LE RÉSUMÉ STANDARDISÉ DE FACTURATION

Les établissements de santé financés par l'OQN ayant une activité de psychiatrie doivent transmettre des *résumés standardisés de facturation* couplés à leurs données d'activité d'hospitalisation enregistrées dans les résumés par séquence[2].

Les actes et consultations externes réalisés par des médecins salariés des établissements de santé financés par l'OQN sont soumis à la production de RSF. Ces RSF ne sont pas couplés à la production de résumés par séquence.

Les informations des RSF sont issues du système de facturation de l'établissement et déduites des normes d'échanges avec l'assurance maladie (NOEMIE B2). Les RSF doivent correspondre à l'état le plus récent des échanges.

La production du RSF n'entraine pas de modification du rythme de facturation adopté par chaque établissement.

Le RSF contient d'une part des informations communes aux RPS du même séjour, d'autre part des informations de facturation.

Les éléments communs au RSF et au RPS (numéro FINESS, numéro de séjour, sexe, date de naissance) respectent les définitions qui ont été données dans le chapitre I. Dans les établissements de santé dont le numéro d'entrée du système de facturation est différent du numéro de séjour figurant dans le résumé par séquence (RPS), un fichier nommé HOSP-FACT de correspondance entre les deux numéros doit être produit de manière à permettre un couplage entre RPS et RSF.

Le *NIR individu* des ayants droit n'est pas toujours renseigné dans les cartes Vitale mais celui des ouvreurs de droits l'est systématiquement. En 2017, deux versions de la puce de la carte Vitale sont en circulation, la version 1bis, utilisée notamment par le régime général, qui ne contient pas le *NIR individu* des ayants droit, et la version 1ter, utilisée par d'autres régimes, qui contient le *NIR individu* de tous les individus inscrits sur la carte, qu'ils soient ouvreurs de droit ou ayants droit. Le RSF devra contenir cette information.

---

[1] Arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique

[2] Se reporter au point 2.1 du chapitre I.

Le RSF reproduit le contenu du bordereau de facturation transmis par les établissements aux organismes d'assurance maladie. Leur contenu et leur format sont conformes au cahier des charges interrégime des normes B2 publié par l'Assurance maladie.

L'appellation RSF désigne un ensemble d'enregistrements : « A » *Début de facture*, « B » *Prestations hospitalières*, « I » *Prestations hospitalières : interruption de séjour*, « P » *Prestations hospitalières : prothèses*, « H » *Prestations hospitalières : médicaments*, « C » *Honoraires*, « M » : CCAM, « L » *Codage affiné des actes de biologie*.

L'enregistrement de type A *Début de facture* est constamment produit car il contient les informations relatives à la prise en charge du patient par l'assurance maladie et celles nécessaires au chainage anonyme (voir le chapitre III). Les autres enregistrements le sont ou non selon les soins dispensés.

Une information est ajoutée dans le type « A » en 2012[3] : *Patient bénéficiaire de la CMU* (couverture maladie universelle).

Le fichier des RSF est produit par le service de facturation et transmis au médecin responsable de l'information médicale, accompagné du fichier de correspondance entre le numéro d'entrée et le numéro administratif de séjour si le numéro d'entrée n'est pas utilisé comme numéro de séjour dans le RPS.

Le RSF anonymisé est le résumé standardisé de facturation anonyme (RSFA). Sa production est effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Elle est le résultat d'un processus automatique réalisé par le même module logiciel – PIVOINE – qui est à l'origine du résumé par séquence anonyme. Le RSFA est transmis à l'agence régionale de santé. Seuls les enregistrements contenant des informations sont à transmettre.

Les informations suivantes ne figurent plus dans les résumés standardisés de facturation anonymes :

- le numéro de séjour ;
- le numéro d'assuré social (*Numéro de matricule* dans les formats de recueil) ;
- le rang de bénéficiaire ;
- le numéro de facture ;
- les date et rang de naissance ;
- les dates d'entrée et de sortie du séjour ;
- la date de l'acte.

Les variables suivantes sont ajoutées :

- le numéro séquentiel de RSFA (identique à celui des RPSA) ;
- le numéro de facture séquentiel ;
- les mois et année de la date d'entrée et de sortie du séjour ;
- la durée du séjour ;
- le délai en jours entre la date de début de séjour et la date de réalisation de l'acte.

Pour davantage d'informations sur le contenu et le format des enregistrements du RSF et du RSFA on se reportera :

- au manuel d'utilisation de PIVOINE-OQN, téléchargeable sur le site Internet de l'ATIH ;
- au cahier des charges interrégime des normes B2 accessible sur le site Internet de l'Assurance maladie.

Outre le fichier de résumés par séquence anonymes (RPSA), le logiciel PIVOINE-OQN, sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale, à partir du fichier de RSF et le cas échéant du fichier HOSP-FACT, produit des fichiers de résumés standardisés de facturation anonymes (RSFA), de chainage (ANO, voir le chapitre III) et de contrôle de la cohérence du contenu des RSF (CTLF). À l'instar du fichier de RPSA, les fichiers de RSFA, ANO et le fichier CTLF sont transmis à l'agence

[3] Elle est présente dans le fichier VID-HOSP décrit *supra*.

régionale de santé *via* la plateforme de services é-PMSI. Cette plateforme produit, dès lors que des RSFA sont transmis, des tableaux de synthèse spécifiques.

2 LE FICHIER VID-HOSP

Il est produit par tous les établissements de santé publics et privés à l'exception de ceux visés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (CSS) (établissements financés par l'objectif quantifié national, OQN), qui produisent pour leur part un fichier de résumés standardisés de facturation (RSF) couvrant toute leur activité (voir le point 1 ci-dessus).

VID-HOSP est produit par les services administratifs (bureau des admissions ou des frais de séjour) sous la responsabilité du directeur de l'établissement. Il contient :

- les informations relatives à la situation du patient vis-à-vis de l'assurance maladie ;
- les variables identifiantes (« VID ») nécessaires à la génération du numéro de chainage des résumés par séquence anonymes (voir le chapitre III).

Le lien entre un enregistrement VID-HOSP et les autres recueils relatifs au même séjour est assuré par le numéro de séjour (« HOSP »).

VID-HOSP est l'équivalent du RSF « A » *Début de facture* produit par les établissements de santé privés visés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du CSS (voir le point 1 ci-dessus).

Le fichier VID-HOSP est identique dans tous les champs du PMSI : psychiatrie, hospitalisation à domicile (HAD), médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), et soins de suite et de réadaptation (SSR). Dans le cadre de la mise en œuvre des expérimentations de la facturation individuelle des séjours (FIDES) en MCO, deux zones sont distinguées au sein du fichier VID-HOSP :

- une zone obligatoire recensant les variables devant être renseignées par tous les établissements, quel que soit leur champ d'activité ;
- une zone relative à FIDES recensant les nouvelles variables que seuls les établissements de MCO retenus pour mener l'expérimentation FIDES devront renseigner.

En conséquence, les établissements de psychiatrie produisant le fichier VID-HOSP ne doivent renseigner que la zone obligatoire, ils ne doivent pas renseigner la zone FIDES.

Trois variables sont ajoutées en 2012 :

- *Numéro du format de VID-HOSP* ;
- *Montant total du séjour remboursable par l'assurance maladie complémentaire* ;
- *Date de l'hospitalisation*.

  Elle est la date du premier jour de l'hospitalisation en cours, sans interruption[4], qu'elle se soit déroulée dans un seul ou plusieurs entités juridiques ou établissements, dans un seul ou plusieurs champs d'activité.

  Exemple : hospitalisation initiale en MCO le 10 mars, puis mutation ou transfert le 19 mars en psychiatrie ; la *date de l'hospitalisation* pour les deux unités ou les deux établissements est le 10 mars.

En 2014, la variable *Code gestion* est ajoutée ; la saisie des variables *Code gestion ; Code participation assuré ; N° d'entrée ; Rang de naissance ; Rang du bénéficiaire ; N° caisse gestionnaire ; N° centre gestionnaire* auparavant facultative, devient obligatoire.

En 2015, la variable *Numéro d'accident du travail ou date d'accident de droit commun* et la variable *Numéro d'organisme complémentaire* sont ajoutées.

Le *NIR individu* des ayants droit n'est pas toujours renseigné dans les cartes Vitale mais celui des ouvreurs de droits l'est systématiquement. En 2017, deux versions de la puce de la carte Vitale sont en circulation, la version 1bis, utilisée notamment par le régime général, qui ne contient pas le *NIR individu* des ayants droit, et la version 1ter, utilisée par d'autres régimes, qui contient le *NIR individu* de tous les individus inscrits sur la carte, qu'ils soient ouvreurs de droit ou ayants droit. Le fichier VIDHOSP devra contenir cette information.

En 2017, trois autres variables sont ajoutées :

[4] On rappelle qu'une permission, une absence de courte durée n'excédant pas 12 heures et le changement d'année civile, n'interrompent pas l'hospitalisation (se reporter au point 1.2.1.1 du chapitre I).

- *Numéro FINESS d'inscription ePMSI* ;
- *Date d'entrée de séjour* ;
- *Date de sortie de séjour*.

Pour une description détaillée du fichier VID-HOSP on se reportera à la page internet dédiée aux évolutions du format des fichiers de recueil et publiée sur le site de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) ainsi qu'au *Manuel d'utilisation de MAGIC* (voir le chapitre III) téléchargeable sur ce même site Internet.

CHAPITRE III

TRANSMISSION, CHAINAGE ANONYME, CONFIDENTIALITÉ, QUALITÉ ET CONSERVATION DES INFORMATIONS

III. TRANSMISSION, CHAINAGE ANONYME, CONFIDENTIALITÉ, QUALITÉ ET CONSERVATION DES INFORMATIONS

1 TRANSMISSION DES INFORMATIONS

Conformément aux articles L. 6113-8 et R. 6113-10 du code de la santé publique, et à l'arrêté du 23 décembre 2016, les établissements de santé de psychiatrie transmettent à l'agence régionale de santé les fichiers de données d'activité et de facturation anonymes.

Établissements de santé visés aux *a, b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (établissements financés par dotation annuelle de financement, DAF) :

- fichier de résumés par séquence anonymes (RPSA) et fichier d'activité ambulatoire (selon le cas, résumés d'activité ambulatoire anonymes (R3A) ou FICHSUP-PSY[1]) ;
- fichier ANO qui réunit les informations sur la prise en charge des patients par l'assurance maladie enregistrées dans VID-HOSP[2] et le fichier de chainage anonyme ;
- fichiers de contrôle de la cohérence des recueils : CTLS (contrôle des RPS) et CTLA (contrôle des RAA).

Établissements de santé visés aux *d* et *e* du même article (établissements financés par l'objectif quantifié national, OQN) :

- fichiers de RPSA et de résumés standardisés de facturation anonymes (RSFA)[2] ;
- fichier ANO ;
- fichiers de contrôle de la cohérence du recueil : CTLS, auquel s'ajoute un fichier de contrôle des RSF : CTLF.

La transmission est trimestrielle et cumulative : la transmission des fichiers produits au titre d'un trimestre civil doit être effectuée au cours du mois suivant, avec cumul des trimestres précédents de la même année civile. Les obligations en matière de transmission ne sont considérées comme satisfaites que lorsque les données ont été validées par l'établissement producteur.

Exemples :

- le 30 avril de l'année n au plus tard, transmission des fichiers du premier trimestre de l'année n ;
- le 31 juillet de l'année n au plus tard, transmission des fichiers des deux trimestres de l'année n ;
- le 31 octobre de l'année n au plus tard, transmission des fichiers des trois trimestres de l'année n ;
- le 31 janvier de l'année n+1 au plus tard, transmission des fichiers des quatre trimestres de l'année n

Lors de la transmission des informations sur la plateforme é-PMSI, l'adéquation des numéros de l'établissement de santé dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) avec le descriptif des établissements enregistrés est vérifiée dans chaque recueil d'informations. Le numéro FINESS qui doit être utilisé pour la transmission des informations relatives à l'activité de psychiatrie sur la plateforme é-PMSI est :

- pour les établissements visés au *a* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale : le numéro de l'entité juridique ;
- pour les établissements visés aux *b, c, d* et *e* du même article : le numéro de l'entité géographique.

[1] Se reporter au chapitre I.
[2] Se reporter au chapitre II.

Les établissements de santé dont le numéro d'entrée du système de facturation est différent du numéro de séjour figurant dans le résumé par séquence (RPS) doivent produire un fichier de correspondance entre les deux numéros de manière à permettre, au moment de l'anonymisation en vue de la transmission, un couplage entre RPS et RSF (fichier HOSP-FACT).

La transmission s'effectue par une méthode de télétransmission sécurisée agréée par les services de l'État, suivant une procédure décrite dans la circulaire DHOS/E3 n° 187 du 22 avril 2004 relative à l'organisation des droits d'accès à la plate-forme de service é-PMSI.

2 PRINCIPE DU CHAINAGE ANONYME

Un chainage anonyme des recueils d'informations du PMSI est mis en œuvre depuis 2001 (circulaire DHOS-PMSI-2001 n° 106 du 22 février 2001). Il permet de relier entre elles les hospitalisations d'un même patient, où qu'elles aient lieu : secteur public ou privé, psychiatrie, médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO) ou soins de suite et de réadaptation (SSR), y compris l'hospitalisation à domicile relative à ces activités. Le chainage anonyme repose sur la création d'un numéro anonyme (« non signifiant ») propre à chaque patient au moyen d'un module logiciel qui utilise trois variables : le numéro d'assuré social (numéro d'ouvrant droit), la date de naissance et le sexe. Les hospitalisations d'un même patient peuvent ainsi être reconnues et « chainées » mais il est impossible d'identifier la personne à partir de son numéro de chainage (il est impossible de « remonter » du numéro au patient).

Le numéro anonyme est caractéristique d'un individu car, à partir des mêmes variables identifiantes, on obtient le même numéro anonyme (reproductibilité). Lors des hospitalisations successives d'un patient donné – c'est-à-dire pour des variables identifiantes identiques – c'est le même numéro anonyme qui est chaque fois calculé[3].

En psychiatrie le chainage anonyme s'applique à tous les recueils d'informations anonymes relatifs à l'activité et à sa facturation, dans tous les établissements publics et privés.

3 PROCÉDURE DU CHAINAGE ANONYME

3.1 ÉTABLISSEMENTS FINANCÉS PAR DOTATION ANNUELLE

La procédure de chainage anonyme comporte les étapes suivantes pour les établissements visés aux *a, b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale :

- lors de chaque séjour un numéro anonyme est créé par les services administratifs de l'établissement ; il en résulte un fichier qui fait correspondre à chaque numéro administratif de séjour (NAS) un numéro anonyme ; ce fichier est transmis au médecin responsable de l'information médicale ;
- le médecin responsable de l'information médicale produit pour sa part un fichier qui fait correspondre à chaque NAS le numéro de séjour[4] ; la jonction de ce fichier avec celui transmis par les services administratifs crée pour chaque séjour une relation entre NAS, numéro de séjour et numéro anonyme ;
- lors de l'anonymisation des RPS (contenant le numéro de séjour) un lien est ainsi établi entre eux et le numéro anonyme.

[3] Le dispositif ne permet donc pas de distinguer les jumeaux de même sexe ayant le même numéro d'ouvrant droit, et le numéro de chainage anonyme d'une personne change lorsqu'elle change de numéro d'assuré social.

[4] Se reporter au point 2.1.1 du chapitre I : Le numéro de séjour enregistré peut être le numéro administratif du séjour. S'il est différent, le médecin responsable de l'information médicale conserve la correspondance entre le numéro administratif et le numéro de séjour. ».

3.1.1 Création du numéro anonyme du patient

La première étape consiste en la création du numéro anonyme par les services administratifs de l'établissement – bureau des admissions ou des frais de séjour – à partir de *variables identifiantes* : numéro d'assuré social (numéro d'ouvrant droit), date de naissance et sexe.

Ces variables sont présentes dans le fichier VID-HOSP décrit au point 2 du chapitre II.

La création du numéro anonyme utilise un module logiciel fourni par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), nommé *module d'anonymisation et de gestion des informations de chainage* (MAGIC). MAGIC contient une *fonction d'occultation des informations nominatives* (FOIN)[5] créée par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, validée par la Commission nationale de l'informatique et des libertés et par le Service central de sécurité des systèmes d'information.

Le numéro anonyme créé est mis en relation avec le NAS. Un fichier nommé « ANO-HOSP » (ANO faisant référence au numéro anonyme, HOSP au NAS) est ainsi produit par le service administratif, dont chaque enregistrement :

- associe le NAS au numéro anonyme du patient ;
- et rend compte des contrôles de conformité effectués par MAGIC sur les informations de VID-HOSP.

Le contenu et le format de ANO-HOSP ainsi que la signification des codes de retour du contrôle de conformité sont donnés dans le manuel d'utilisation de MAGIC téléchargeable sur le site Internet de l'ATIH.

3.1.2 Liaison entre le numéro anonyme et les informations d'activité et de facturation

Le fichier ANO-HOSP est transmis au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement. Celui-ci produit pour sa part un fichier nommé « HOSP-PMSI » qui établit une correspondance entre NAS et numéro de séjour[6].

3.1.3 Concomitance de l'attribution du numéro anonyme et de l'anonymisation

La dernière étape est réalisée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Elle fait appel au logiciel PIVOINE. Il traite en particulier le fichier ANO-HOSP et le fichier de RPS. Il produit :

- le fichier anonyme de RPSA ;
- un fichier de chainage qui établit une correspondance entre chaque numéro anonyme et un enregistrement anonyme par l'intermédiaire d'un numéro d'index.

Le numéro anonyme est ainsi inséré dans un fichier – le fichier de chainage – qui ne contient ni donnée médicale ni donnée de facturation. Il associe à chaque numéro anonyme un numéro d'index (numéro séquentiel de rang) également présent dans les RPSA. Le fichier de chainage crée ainsi un lien indirect entre chaque enregistrement anonyme et le numéro anonyme correspondant.

L'association du fichier de chainage et des informations sur la prise en charge des patients par l'assurance maladie enregistrées dans VID-HOSP constitue le fichier « ANO ».

---

[5] Elle procède par *hachage* des informations selon la technique du *Standard Hash Algorithme*. Des informations plus détaillées sur la génération et les utilisations du numéro anonyme sont disponibles sur le site Internet de l'ATIH

[6] « HOSP » fait référence au NAS, « PMSI » au numéro de séjour. La production du fichier HOSP-PMSI ne s'impose donc pas aux établissements qui utilisent le NAS comme numéro de séjour. Dans ce cas en effet, la correspondance entre ce dernier et le NAS est un état de fait. Le format de HOSP-PMSI est donné dans l'annexe II de la circulaire DHOS-PMSI-2001 n°106 du 22 février 2001.

3.2 ÉTABLISSEMENTS FINANCÉS PAR L'OBJECTIF QUANTIFIÉ NATIONAL

Les établissements de santé visés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale qui produisent des résumés standardisés de facturation (RSF) pour toute leur activité ne produisent pas de fichier VID-HOSP, les variables identifiantes nécessaires au calcul du numéro anonyme étant présentes dans le RSF « A » *Début de facture*[7].

Sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale les fichiers de RSF et de RPS sont soumis à la fonction FOIN du module logiciel MAGIC, inclut dans PIVOINE-OQN. La fonction FOIN assure la production des fichiers anonymes relatifs à l'activité et à sa facturation (RPSA, RSFA) et du fichier de chainage.

Ainsi, comme dans les établissements visés aux *a, b* et *c*, de manière concomitante à son anonymisation, chaque recueil anonyme (RPSA et RSFA) se voit attribué le numéro anonyme propre au patient. Le fichier de chainage, qui ne contient ni donnée médicale ni donnée de facturation, associe à chaque numéro anonyme un numéro d'index également présent dans les recueils anonymes.

3.3 TRAITEMENTS RÉALISÉS SUR LA PLATEFORME É-PMSI

Dès la réception des fichiers anonymes par la plateforme é-PMSI, avant d'effectuer les traitements d'exploitation des données, la fonction FOIN est appliquée une deuxième fois. Il est ainsi calculé un second numéro anonyme différent du numéro anonyme présent dans l'établissement. Lors de la création du second numéro anonyme un nouveau numéro d'index est créé, entrainant la rupture entre le numéro anonyme final et les données d'amont. Les fichiers transmis à l'agence régionale de santé ne contiennent que le second numéro anonyme.

4 CONFIDENTIALITÉ

Les données recueillies dans le cadre du PMSI sont protégées par le secret professionnel (articles L. 1110-4 et R. 4127-4 du code de la santé publique (CSP), articles 226-13 et 226-14 du code pénal, article 4 du code de déontologie médicale).

Le recueil, la circulation et le traitement des données médicales, est placé sous la responsabilité d'un médecin. Son rôle est prévu par les articles R. 6113-1 à R. 6113-8 du CSP.

Conformément aux articles R. 6113-1 et R. 6113-4 du CSP, les données recueillies pour chaque patient par le praticien ayant dispensé des soins sont transmises au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement.

La création des fichiers et les traitements de données sont soumis à l'avis préalable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Les résumés par séquences (RPS) et les résumés d'activité ambulatoire (RAA) sous forme détaillée sont indirectement nominatifs au regard de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. En conséquence, leur contenu ne peut être porté à la connaissance que des seuls acteurs légalement ou règlementairement autorisés et des personnes travaillant sous leur responsabilité.

Dans les conditions prévues à l'article L. 1112-1 du CSP, les médecins inspecteurs de la santé publique et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie ont accès, par l'intermédiaire du médecin responsable de l'information médicale, aux recueils d'informations médicalisés.

[7] Se reporter au point 1 du chapitre II.

5 QUALITÉ DES INFORMATIONS ET RESPONSABILITÉS

La confidentialité des données médicales nominatives doit être préservée conformément aux dispositions de l'article R. 6113-6 du code de la santé publique.

Conformément aux articles R. 6113-1 et R. 6113-4 du code de la santé publique :

- les données sont recueillies pour chaque patient par l'équipe le prenant en charge et sont transmises au médecin responsable de l'information médicale ;
- le praticien responsable d'une structure médicale ou médicotechnique ou le praticien ayant dispensé les soins est garant, pour ce qui le concerne, de l'exhaustivité et de la qualité des informations qu'il transmet pour traitement au médecin responsable de l'information médicale ;
- Le médecin responsable de l'information médicale conseille l'établissement pour la production des informations ; il veille à la qualité des données qu'il confronte, en tant que de besoin, avec les dossiers des patients et les fichiers administratifs ;
- Les praticiens de l'établissement ont un droit d'accès et de rectification quant aux informations relatives aux soins qu'ils ont dispensés ou qui ont été dispensés dans une structure médicale ou médicotechnique dont ils ont la responsabilité. Ils sont régulièrement destinataires des résultats des traitements de ces informations.

S'agissant de la responsabilité des acteurs hospitaliers en cas de défaut de qualité de l'information, il convient de rappeler :

- que le directeur est responsable des informations transmises règlementairement à l'extérieur de l'établissement de santé ;
- que le règlement intérieur du département ou du service de l'information médicale, approuvé par la commission médicale d'établissement et par le conseil d'administration, est de nature à fixer les responsabilités de chacun des acteurs (services administratifs, médecin responsable de l'information médicale, médecins responsables des soins, …).

6 CONSERVATION DES FICHIERS

Le médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement sauvegarde les fichiers non anonymes et anonymes d'activité et de facturation et assure la conservation de la copie.

La durée de conservation de tous les fichiers non anonymes et anonymes d'activité et de facturation constitués au titre d'une année civile est de cinq ans[8].

La table de correspondance constituée, lorsqu'ils diffèrent, entre les numéros administratifs de séjour et les numéros de RPS (fichier HOSP-PMSI), doit être conservée pendant le même temps.

[8] Il ne faut pas confondre la durée de conservation de ces fichiers avec celle du dossier médical.

CHAPITRE IV

CONSIGNES DE CODAGE AVEC LA 10ÈME RÉVISION DE LA *CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES*

IV. CONSIGNES DE CODAGE AVEC LA 10EME RÉVISION DE LA *CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES*

Ce chapitre donne des explications et des consignes de codage pour des difficultés ou situations souvent rencontrées en psychiatrie. Elles suivent généralement les consignes figurant dans le volume 2 de la CIM–10 pour la morbidité, avec pour objectif une interprétation univoque des possibilités offertes pour le codage. Elles respectent une règle générale primordiale : **le meilleur code est le plus précis par rapport à l'information à coder** (volume 2 p. 109 ou 147, règle MB4).

La première partie du chapitre traite des règles générales d'emploi de la CIM–10 et de certaines situations particulières. La 2ème partie propose des exemples de codes CIM–10 à utiliser regroupés selon des axes pertinents pour la description des patients et de leur prise en charge en psychiatrie.

1 RÈGLES GÉNÉRALES D'EMPLOI DE LA CIM–10

La dixième révision de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM–10) à usage PMSI, CIM–10 FR à usage PMSI publiée au Bulletin officiel consultable et téléchargeable sur le site internet de l'ATIH, est l'ouvrage de référence pour le codage du diagnostic principal ou motif principal de prise en charge ainsi que des diagnostics et facteurs associés dans le RPS et le RAA, par les professionnels prenant en charge le patient.

Son emploi n'est pas réservé à une catégorie particulière de professionnels. Tous les professionnels de santé et socio-éducatifs prenant en charge le patient, et habilités à coder pour le RIM-P peuvent utiliser des codes de la CIM-10 à usage PMSI pour décrire le patient et sa prise en charge, dans le strict respect des règles de codage en vigueur dans l'établissement[1].

La table analytique de la CIM-10 (chapitres I à XXII) est divisée en catégories dont les codes, alphanumériques, sont constitués de trois caractères. La majorité des catégories est subdivisée en sous-catégories codées avec quatre caractères.

Les recueils standards d'information du PMSI utilisent aussi des codes étendus au-delà du quatrième caractère. Ils ont deux origines :

- des extensions prévues par l'OMS pour la CIM–10 elle-même ; il s'agit donc d'extensions à caractère international ;
- la création d'extensions nationales, françaises en particulier.

1.1 LES EXTENSIONS AUX CODES DE LA CIM–10

Les extensions de codes de la CIM–10 ont été créées pour le PMSI dans un double but :

- apporter plus de précision à certains codes pour permettre le repérage de prises en charge susceptibles d'expliquer des différences de consommation de ressources ;
- apporter plus d'information à visée documentaire, à la demande de sociétés savantes.

Dans les recueils standards du PMSI, les extensions doivent être placées en cinquième position des codes[2]. Lorsqu'elles s'appliquent à un code à trois caractères (catégorie de la CIM–10 non subdivisée) la quatrième position vide doit être complétée par le signe « + » (plus).

Lorsqu'un code étendu comporte un signe « + », ce signe doit être saisi.

[1] On se référera au paragraphe 5 du chapitre III du présent guide pour plus de précisions.

[2] Le format de recueil prévoit une saisie jusqu'à 6 caractères. Les établissements ont de plus la possibilité d'utiliser 2 caractères supplémentaires en 7e et 8e positions. Leur emploi doit être conforme aux dispositions de la loi *Informatique et libertés*.

Exemples :

- B24.+9 *Infection par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH], sans précision*
- R54.+0 *Syndrome de glissement (sénile)*
- F55.+0 *Abus d'antidépresseurs*

Pour ce qui concerne le chapitre V de la CIM–10 *Troubles mentaux et du comportement*, les extensions de ses codes se fondent sur la *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement – Critères diagnostiques pour la recherche (ouvrage à couverture verte)*[3].

Il est recommandé de consulter l'avertissement figurant dans l'encadré suivant :

Il a été décidé de donner aux utilisateurs – tout particulièrement en psychiatrie – la possibilité d'utiliser une version augmentée de la CIM–10 la plus complète possible.

Le chapitre V publié par l'ATIH inclut les propositions de codage fournies dans la *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement – Critères diagnostiques pour la recherche* (ouvrage à couverture verte). Celle-ci reprend les extensions de codes mentionnées dans la *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement – Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic* (ouvrage à couverture bleue), à l'exception des extensions pour la catégorie F66 et en y ajoutant les siennes propres.

Les extensions de F66 caractérisant des orientations sexuelles, mentionnées dans le « livre bleu », non reprises dans le « livre vert », ne peuvent pas être utilisées

Exemples :

Les subdivisions suivantes peuvent être utilisées comme cinquième caractère avec la catégorie F20, pour spécifier la modalité évolutive des schizophrénies :

0 *continue* ;
1 *épisodique avec déficit progressif* ;
2 *épisodique avec déficit stable* ;
3 *épisodique rémittente* ;
4 *rémission incomplète* ;
5 *rémission complète* ;
8 *autre* ;
9 *évolution imprévisible, période d'observation trop brève*.

Les subdivisions suivantes peuvent être utilisées comme sixième caractère avec les catégories F00–F03 pour préciser la sévérité de la démence :

0 *légère* ;
1 *moyenne* ;
2 *sévère*.

Le remaniement du chapitre V a été l'occasion d'intégrer les règles d'orthographe, de ponctuation et de typographie recommandées en France. **Ce sont les libellés et codes donnés dans le document en téléchargement sur le site de l'ATIH : CIM-10-FR à usage PMSI que les utilisateurs doivent employer. L'ATIH insiste sur le fait que les deux ouvrages cités dessus ne doivent pas être utilisés pour le codage.**

- ils contiennent de nombreuses erreurs de codes et les libellés peuvent différer de ceux de la CIM–10 à usage PMSI, qui reste l'ouvrage réglementaire de référence ;
- toutes les extensions utilisant la 4ème position ont été révisées, en déplaçant le caractère supplémentaire en 5e position et en remplaçant la 4e position vide par le signe « + » (plus) pour respecter les prescriptions internationales. En effet, la 4e position du code (celle située après le point) ne peut pas être employée.

1.2 CODES DE LA CIM–10 NON UTILISABLES

Certains codes de la CIM–10 ne peuvent pas être utilisés en général ou en particulier.

1.2.1 Codes des catégories « non vides » de la CIM–10

Par catégorie « non vide » on désigne une catégorie (code à trois caractères) qui comporte des subdivisions à quatre caractères (sous-catégories) : par exemple, F20 *Schizophrénie*. Dans ce cas, l'emploi du code à trois caractères (ici F20) est interdit, ce sont les codes des sous-catégories F20.0 à F20.9 qui doivent être utilisés.

[3] Ouvrage coédité par l'Organisation mondiale de la santé et Masson (1994).

Pour le recueil d'informations du PMSI, la règle est de coder avec quatre caractères chaque fois qu'une catégorie est subdivisée, un code à trois caractères n'est admis que lorsqu'il correspond à une catégorie non subdivisée, par exemple C64 *Tumeur maligne du rein* ou F04 *Syndrome amnésique organique, non induit par l'alcool et d'autres substances psycho-active* ou F82 *Trouble spécifique du développement moteur*.

Exemples :

- une schizophrénie doit être codée F20.0 à F20.9 ; l'emploi de F20 n'est pas autorisé ;
- en revanche une démence sans précision est codée avec 3 caractères : F03.

L'emploi d'extensions à 5 voire 6 caractères est recommandé

Cette directive s'applique aussi bien au codage du diagnostic principal (DP) ou motif principal de prise en charge qu'à celui des diagnostics et facteurs associés (DA).

1.2.2 Codes ne devant pas être utilisés pour le codage de « l'affection principale »

La CIM–10 indique que certains de ses codes — notamment les codes du chapitre XX *Causes externes de morbidité et de mortalité* (codes V, W, X, Y) —, ne doivent pas être utilisés pour le codage de « l'affection principale » ou de « la cause principale », c'est-à-dire de la morbidité principale (DP). En conséquence, ils sont utilisables uniquement comme DA.

1.3 CODES DE LA CIM–10 DONT L'EMPLOI DOIT ÊTRE ÉVITÉ

Le meilleur code est toujours le plus précis par rapport à l'affection, au problème de santé ou à la situation à coder.

Le meilleur code étant le plus précis par rapport au problème de santé ou à la situation à coder, on portera une attention particulière à **éviter les codes imprécis**.

Ainsi, l'utilisation des codes suivants n'est pas recommandée :

F09 *Trouble mental organique ou symptomatique, sans précision*

F69 *Trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte, sans autre indication*

F89 *Trouble du développement psychologique, sans précision*

F99 *Trouble mental, sans autre indication*

Une information dont l'imprécision ne permettrait que l'emploi d'un de ces codes nécessite un retour à la source (au dossier médical ou au praticien ayant dispensé les soins) pour obtenir la précision nécessaire à l'emploi d'un code plus précis, par exemple un code décrivant un symptôme.

De même, à un code dont l'intitulé **contient le mot « multiple »**, il faut préférer les codes correspondant précisément à chacune des lésions ou affections toutes les fois qu'ils existent.

Exemple : pour un patient diabétique de type 2 insulinotraité et souffrant de complications rénales et neurologiques de son diabète on code chacune d'elles : E11.20 et E11.40 ; on n'emploie pas E11.70 *Diabète sucré de type 2 insulinotraité, avec complications multiples*.

Notons également que l'emploi de certains libellés peut entrainer des difficultés, en particulier quand ils intègrent des informations de nature différente : par exemple, l'extension « avec traumatismes ou autres blessures physiques » (5e caractère « 1 ») proposée avec le 4e caractère « .0 » des catégories F10–F19 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives.

Chaque fois qu'un libellé contient plusieurs informations qui peuvent être codées distinctement, il est préférable d'utiliser un codage multiple. Cette consigne est tout spécialement à appliquer pour les extensions suivantes :

- avec le caractère .0 des codes du groupe F10–F19 :
  - 1 avec traumatismes ou autres blessures physiques : coder ceux-ci selon leur nature
  - 2 avec d'autres complications médicales : coder celles-ci selon leur nature
  - 5 avec coma : coder en sus le coma

6 avec convulsions : coder en sus les convulsions
– avec le caractère .3 des codes du groupe F10–F19 :
1 avec convulsions : coder en sus les convulsions
– avec le caractère .4 des codes du groupe F10–F19 :
1 avec convulsions : coder en sus les convulsions

Les codes du groupe T00–T07 *Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps* et les catégories T29 *Brulures et corrosions de parties multiples du corps* et T30 *Brulure et corrosion, partie du corps non précisée* sont destinés à des situations de :

- monocodage (c'est-à-dire à des recueils n'acceptant qu'un code), ce qui n'est pas le cas du RPS ou du RAA ;
- manque d'information, peu acceptable.

Les codes de ces groupes ne doivent donc pas être utilisés dans le RIM-P.

1.4 DOUBLE CODAGE DAGUE-ASTÉRISQUE

Lorsque la CIM–10 offre la possibilité de coder une affection à la fois en termes étiologiques (code signalé par une *dague* : †) et de manifestation (code signalé par un astérisque : *), **les deux codes doivent être enregistrés dans le RPS ou le RAA.** Un code *astérisque* ne doit jamais être saisi isolément, sans le code *dague* correspondant. C'est l'index alphabétique de la CIM–10 (volume 3) qui permet d'identifier le plus complètement les affections qui font l'objet d'un double codage *dague-astérisque***.**

Exemples :

- G63.2* *Polynévrite diabétique*
  ET
- E10.4† *Diabète sucré de type 1 avec complications neurologiques.*

- N08.3* *Glomérulopathie au cours de diabète sucré*
  ET
- E11.20† *Diabète sucré de type 2 insulinotraité, avec complications rénales*

- F00.1* *Démence de la maladie d'Alzheimer, à début tardif*
  ET
- G30.1† *Maladie d'Alzheimer à début tardif*.

1.5 EFFETS INDÉSIRABLES DES MÉDICAMENTS [4]

La CIM–10 distingue *l'effet indésirable en usage thérapeutique*[5] *de l'*« intoxication » médicamenteuse. La CIM–10 désigne cette dernière par le mot *empoisonnement*[6].

Une « intoxication » médicamenteuse doit être codée de manière différente selon qu'elle est accidentelle ou volontaire.

Les notes d'inclusion et d'exclusion qui figurent sous l'intitulé du groupe T36–T50 dans le volume 1 de la CIM–10 indiquent que l'effet indésirable d'une « substance appropriée administrée correctement » doit être codé **selon la nature de l'effet**. Le codage des effets indésirables des médicaments n'utilise donc pas les codes du groupe T36–T50.

Il associe au code de la nature de l'effet un code du chapitre XX de la CIM–10 (catégories Y40–Y59).

---

[4] L'importance de leur enregistrement tient entre autres au fait que la réduction de la iatrogénie fait partie des objectifs nationaux de santé publique (loi n° 2004-806 du 9 aout 2004, objectifs n° 26 à 29).

[5] La distinction est lisible en tête de chaque page de l'*Index des médicaments et autres substances chimiques (Table des effets nocifs)* de l'index alphabétique de la CIM–10 (volume 3). On rappelle que l'emploi de ce tableau facilite considérablement le codage des effets nocifs des médicaments.

[6] On doit considérer qu'il correspond au mot *intoxication* du langage médical courant. Le mot *empoisonnement* de la CIM–10 ne doit en effet pas être compris selon l'acception pénale qu'il a en France.

Exemples :

Dystonie imputée à la prise de Neuroleptiques :

– G24.0 *Dystonie médicamenteuse*

ET

– Y49.3 *Effets indésirables des antipsychotiques phénothiazidiques et neuroleptiques au cours de leur usage thérapeutique*.

Hypotension artérielle imputée à la prise de Neuroleptiques :

– I95.2 *Hypotension médicamenteuse*

ET

– Y49.3 *Effets indésirables des antipsychotiques phénothiazidiques et neuroleptiques au cours de leur usage thérapeutique*.

Céphalée imputée à la prise d'Antidépresseurs :

– G44.4 *Céphalée médicamenteuse, non classée ailleurs*

ET

– Y49.0 *Antidépresseurs tricycliques et tétracycliques*.

Pour un effet donné, indiquer qu'il est secondaire à un traitement médicamenteux n'est possible qu'en employant le chapitre XX de la CIM–10.

Le mot « surdosage » est parfois à l'origine de difficultés. Par « substance appropriée administrée correctement » on entend le respect de la prescription médicamenteuse, notamment de la posologie. En présence d'une complication d'un traitement médicamenteux, le langage médical courant utilise parfois le mot « surdosage » :

- lorsqu'une hémorragie au cours d'un traitement anticoagulant coexiste avec une élévation de l'*international normalized ratio* (INR) au-dessus de la valeur thérapeutique souhaitée ;
- ou lorsqu'une complication d'un traitement s'accompagne d'une concentration sanguine de médicament supérieure à la valeur thérapeutique admise (digoxinémie, lithémie, …).

Lorsque la prescription a été respectée, de tels cas doivent être classés comme des effets indésirables et leur codage ne doit pas utiliser les codes du groupe T36–T50.

1.6 IATROGÉNIE ET COMPLICATIONS D'ACTES

L'importance de leur enregistrement tient notamment au fait que la réduction de la iatrogénie fait partie des objectifs nationaux de santé publique[7].

Une complication d'un acte diagnostique ou thérapeutique doit être codée dans le respect de la règle générale, c'est-à-dire de la façon la plus précise au regard de l'information.
La notion de précision s'entend ici par rapport à la nature de la complication — notion prioritaire — et à son caractère secondaire à un acte.

La règle générale est : **pour le codage des complications des actes médicaux et chirurgicaux, on préfère toujours un codage privilégiant la précision de la nature de la complication.**

Il en résulte que le codage d'une complication d'un acte diagnostique ou thérapeutique peut être décrit comme suit au regard de la CIM–10 :

– avec un code du groupe T80–T88 lorsque le code le plus précis pour la complication appartient à ce groupe ;

[7] Loi n° 2004-806 du 9 aout 2004, objectifs n° 26 à 29.

– sinon avec un code d'une catégorie « Atteintes [troubles] [affections] de l'appareil [...] après un acte à visée [...] » lorsque la nature de la complication figure dans l'intitulé. Les sous-catégories .8 et .9 sont de ce fait exclues;
– dans les autres cas avec un code « habituel » de la CIM–10.

Lorsque le codage utilise un code « habituel » de la CIM–10 il est complété par le code du groupe T80–T88 correspondant à la nature de la complication.

Dans tous les cas le codage est complété par le ou les codes *ad hoc* du chapitre XX (Y60–Y84, Y88, Y95).

Exemples :

Phlébite superficielle du membre supérieur due à une perfusion :
– I80.8 *Phlébite et thrombophlébite d'autres localisations*
– T80.1 *Complications vasculaires consécutives à une injection thérapeutique, une perfusion et une transfusion*
– Y84.8 *Autres actes médicaux*.

Fracture fermée d'une côte au cours d'une séance de sismothérapie :
– S22.30 *Fracture fermée de côte*
– T81.8 *Autres complications d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées*
– Y63.4 *Erreur de dosage au cours de sismothérapie ou d'insulinothérapie*

Les codes « Y » donnés ici à titre d'exemple appartiennent au groupe Y83–Y84 *Actes chirurgicaux et autres actes médicaux à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention*. Ils permettent l'enregistrement de circonstances comparables à la notion d'*aléa médical.*

Lorsque les circonstances de la complication sont différentes, on dispose des codes des groupes Y60–Y69 *Accidents et complications au cours d'actes médicaux et chirurgicaux* et Y70–Y82 *Appareils médicaux associés à des accidents au cours d'actes diagnostiques et thérapeutiques*.
S'agissant de complications dues à des actes effectués dans des établissements d'hospitalisation, le codage doit être complété en tant que de besoin par le code Y95 *Facteurs nosocomiaux*.

1.7 SEQUELLES

La CIM–10 définit les séquelles comme des « états pathologiques stables, conséquences d'affections qui ne sont plus en phase active » (volume 2 page 28 ou 33).

Elle précise (*ib.* page 101 ou 132) : « Si un épisode de soins se rapporte au traitement ou aux examens entrepris pour une affection résiduelle (séquelle) d'une maladie qui n'existe plus, on décrira la nature de la séquelle de manière exhaustive et on en donnera l'origine [...] ».

Page 106 ou 138 : « La CIM–10 fournit un certain nombre de catégories intitulées " Séquelles de... " (B90-B94, E64.–[8], E68, G09, I69.–, O97, T90-T98, Y85-Y89)[9]. Celles-ci peuvent être utilisées pour coder les conséquences des affections qui ne sont pas elles-mêmes présentes lors de l'épisode de soins, comme causes du problème justifiant les soins ou les examens. Le code retenu pour " affection principale " doit être celui qui désigne la nature des séquelles elles-mêmes, auquel on peut ajouter le code " Séquelles de… [...] ".

[8] On rappelle que le signe « .– » (point tiret) de la CIM–10 indique que le quatrième caractère du code dépend de l'information à coder et doit être cherché dans la catégorie indiquée.

[9] Auxquelles s'ajoute O94 *Séquelles de complications de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité*, du fait de la mise à jour de 2003 (se reporter au site Internet de l'ATIH).

Un délai « d'un an ou plus après le début de la maladie » est cité dans les notes propres à certaines rubriques (G09, I69, T90-T98, Y85-Y89, O94). Il n'y a pas lieu d'en tenir compte. Il concerne les règles de codage de la mortalité et son sens est indiqué à la page 75 ou 101 du volume 2. Les situations concernées sont celles dans lesquelles il n'est pas identifié d'autre cause au décès[10].

La notion de séquelle doit être retenue et codée chaque fois qu'elle est explicitement mentionnée. Il n'appartient ni au médecin responsable de l'information médicale ni au codeur de trancher entre le codage d'une maladie présente ou d'un état séquellaire. Ce diagnostic est de la compétence du médecin qui a dispensé les soins au patient.

Pour le codage d'une séquelle, conformément à la consigne de la CIM–10, on donne la priorité au code qui correspond à sa nature. Le code de séquelle est un diagnostic associé

Exemples :

- état de stress posttraumatique séquelle d'une agression. On code d'abord l'état de stress et on lui associe la notion de séquelles d'une agression :
  - F43.1 *État de stress posttraumatique*, Y87.1 *Séquelles d'une agression.*
- sévices sexuels dans l'enfance, responsables d'une dépression récurrente à l'âge adulte : on code la dépression et on lui associe la notion générique de « séquelles d'une agression» car le code spécifique « séquelles de sévices sexuels » n'est pas décrit dans la CIM-10 :
  - code de la catégorie F33.–, Y87.1 *Séquelles d'une agression*
- épilepsie séquellaire d'un infarctus cérébral : on code d'abord l'épilepsie et on lui associe la notion de séquelle d'infarctus cérébral :
  - G40.–, I69.3 ;
- salpingite tuberculeuse dix ans auparavant, responsable d'une stérilité : on code d'abord la stérilité et on lui associe la notion de séquelle de tuberculose :
  - N97.1, B90.1 ;
- monoplégie d'un membre inférieur séquellaire d'une poliomyélite : on code d'abord la monoplégie et on lui associe la séquelle de poliomyélite :
  - G83.1, B91 ;

Les catégories Y85–Y89 (chapitre XX de la CIM–10) permettent de coder des circonstances d'origine des séquelles. Il est recommandé de les utiliser, en position de DA[11] (diagnostics associés), chaque fois qu'on dispose de l'information nécessaire.

Y87.0 *Séquelles d'une lésion auto-infligée*

Y87.1 *Séquelles d'une agression*

Y88.0 *Séquelles de l'administration de médicaments et de substances biologiques ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique*

Y88.1 Séquelles d'accidents et de complications survenus au cours d'actes médicaux et Chirurgicaux

Y88.2 *Séquelles d'appareils médicaux associés à des accidents au cours d'actes diagnostiques et thérapeutiques*

Y88.3 *Séquelles d'actes médicaux et chirurgicaux à l'origine de réactions anormales du patient ou de complication ultérieure, sans mention d'accident au cours de l'intervention*

Y89.1 *Séquelles de faits de guerre*

[10] L'exemple 17 donné page 106 ou 138 du volume 2 de la CIM–10 illustre le cadre d'emploi des codes de séquelles et l'absence de signification du délai de un an en matière de morbidité.
[11] On rappelle que les codes du chapitre XX de la CIM–10 ne doivent jamais être utilisés en position de diagnostic principal

1.8 ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX ET PERSONNELS

Une affection constituant un « antécédent personnel » au sens d'une maladie antérieure guérie, ne doit pas être enregistrée dans le RPS et le RAA avec le code qu'on utiliserait si elle était présente (« active »), c'est-à-dire qu'elle ne doit pas être codée avec les chapitres I à XIX de la CIM–10.

La même règle s'impose dans le cas d'un « antécédent familial », c'est-à-dire d'une affection dont le patient n'est personnellement pas atteint.

Un antécédent personnel ou familial, au sens d'une affection dont le patient n'est plus ou n'est pas atteint au moment de la prise en charge objet du RPS ou du RAA, doit être codé avec le chapitre XXI (« codes Z ») de la CIM–10.

On trouve dans le chapitre XXI de la CIM–10 des catégories (Z80 à Z99) destinées au codage des antécédents.

Exemples :

- Z81.0 *Antécédents familiaux de retard mental*
- Z86.4 *Antécédents personnels d'abus de substances psychoactives*

  Ce code exclut l'utilisation de code décrivant la dépendance actuelle (F10-F19 avec le quatrième caractère .2) et les difficultés liées à l'usage de l'alcool (Z72.1), du tabac (Z72.0) et des drogues (Z72.2).

Le problème que pose l'utilisation des catégories d'antécédents en général, et d'antécédents personnels en particulier, est celui de la définition du mot « antécédent ». **On retient la définition suivante : une affection ancienne qui n'existe plus et qui n'est pas cause de troubles résiduels**[12] **au moment de l'hospitalisation concernée par le recueil d'informations.**

1.9 SUSPICIONS DE MALADIES

La règle générale est : le meilleur code est le plus précis par rapport à l'information à coder.

La suspicion trouve en général son origine dans un symptôme, un résultat d'examen complémentaire ou dans un antécédent personnel ou familial ; toutes circonstances pour lesquelles la CIM–10 contient le plus souvent des codes adéquats.

Lorsqu'une symptomatologie est présente, on préfèrera son code (le plus souvent présent dans le chapitre XVIII de la CIM–10) à un code Z (chapitre XXI de la CIM-10) toutes les fois qu'il est plus précis.

Les catégories Z03 *Mise en observation et examen médical pour suspicion de maladies* et Z04 *Examen et mise en observation pour d'autres raisons* sont celles des « suspicions non confirmées ». Elles permettent le codage de situations caractérisées par l'éventualité initiale d'une maladie qui (après observation, examens, …) n'est finalement pas confirmée[13].

Les cas dans lesquels l'emploi de ces catégories s'impose **sont rares :** Z03.6 *Mise en observation pour suspicion d'effet toxique de substances ingérées* peut être le code le plus adapté à une suspicion d'absorption de produit toxique, notamment chez les enfants, lorsqu'elle repose sur une crainte de l'entourage mais qu'elle est finalement infirmée.

1.10 SYMPTOMES, SIGNES ET RÉSULTATS ANORMAUX D'EXAMENS CLINIQUES ET DE LABORATOIRE

Le chapitre XVIII (catégories R00-R99) comprend les symptômes, les signes et les résultats anormaux d'examens cliniques ou autres, ainsi que les états morbides mal définis pour lesquels aucun diagnostic n'a été formulé qui puisse être classé ailleurs.

Les signes et symptômes qui orientent assez sérieusement vers un diagnostic donné sont classés dans une catégorie des autres chapitres de la classification.

---

[12] Sinon on parlerait de séquelles, non d'antécédents.

[13] Z32.0 est un autre code de *suspicion non confirmée*.

Les affections et les signes ou symptômes classés dans ce chapitre se rapportent :

- aux cas pour lesquels aucun diagnostic plus précis n'a pu être porté, même après examen de tous les faits s'y rapportant ;
- aux signes ou symptômes existants lors de la première consultation, qui se sont avérés être transitoires et dont les causes n'ont pu être déterminées ;
- aux diagnostics provisoires chez un malade qui n'est pas revenu pour d'autres investigations ou soins ;
- aux cas de malades dirigés ailleurs pour examens complémentaires ou traitement avant que le diagnostic ne soit établi ;
- aux cas dans lesquels un diagnostic plus précis n'a pu être établi pour toute autre raison ;
- à certains symptômes pour lesquels des renseignements supplémentaires sont fournis, symptômes qui par eux-mêmes représentent des problèmes importants de soins médicaux.

2 DIRECTIVES RELATIVES AU CODAGE DE CERTAINS MOTIFS DE RECOURS AUX SOINS ET À DIFFÉRENTS CHAPITRES DE LA CIM–10

Dans cette partie, sont proposés des exemples de codes CIM–10 utilisables et regroupés selon des axes pertinents pour la description des patients et de leur prise en charge en psychiatrie.

2.1 MORBIDITÉS, ASSOCIATION DE MORBIDITÉS ET SYMPTÔMES PSYCHIATRIQUES

Les morbidités psychiatriques de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent sont principalement décrites par les codes regroupés dans le chapitre V de la CIM-10 *Troubles mentaux et du comportement*.

Des codes du chapitre XVIII *Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs* peuvent également être utilisés pour décrire des situations cliniques en psychiatrie.

Chaque code de ces chapitres est accompagné d'une note explicative à laquelle il est recommandé de se référer.

Exemples :

- F20.0 *Schizophrénie paranoïde*

  La schizophrénie paranoïde se caractérise essentiellement par la présence d'idées délirantes relativement stables, souvent de persécution, habituellement accompagnées d'hallucinations, en particulier auditives, et de perturbations des perceptions. Les perturbations des affects, de la volonté et du langage, de même que les symptômes catatoniques, sont soit absents, soit relativement discrets.

- F32.01 *Épisode dépressif léger, avec syndrome somatique*

  Dans les épisodes typiques de chacun des trois degrés de dépression – léger, moyen ou sévère – le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances et peut s'accompagner de symptômes dits « somatiques », par exemple d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une aggravation matinale de la dépression, d'un ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido. Le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif : léger, moyen et sévère.

Dans le cas de la prise en charge de plusieurs morbidités psychiatriques concomitantes, il est préconisé d'utiliser un code pour décrire chacune d'entre elles.

Exemple : patient pris en charge pour une schizophrénie et une addiction au cannabis

- F20.0 *Schizophrénie paranoïde*
- F12.240 *Syndrome de dépendance aux dérivés du cannabis, utilisation actuelle, sans symptômes physiques*

Si un diagnostic psychiatrique n'a pas été posé à l'issue de la prise en charge, il est préconisé d'utiliser un code en rapport avec un symptôme[14].

Exemples :

- Codes de la catégorie R44 *Autres symptômes et signes relatifs aux sensations et aux perceptions générales* :
  - R44.0 *Hallucinations auditives*
  - R44.1 *Hallucinations visuelles*
- Codes de la catégorie R45 *Symptômes et signes relatifs à l'humeur :*
  - R45.2 *Tristesse*
  - R45.3 *Découragement et apathie*

Il est rappelé que :

- le meilleur code est le plus précis par rapport à l'information à coder. Ainsi, l'utilisation des codes imprécis n'est pas recommandée[15].
- les codes à 3 caractères dits « codes catégories » ne peuvent être utilisés que lorsque la catégorie n'est pas subdivisée[16].

2.2 MORBIDITÉS SOMATIQUES

Les patients souffrant de troubles mentaux peuvent présenter un certain nombre de pathologies physiques dont les conséquences sont graves sur la qualité et la durée de vie de ces patients[17]. Les morbidités somatiques peuvent être chroniques ou aigues, « primitives » ou « secondaires » par exemple imputables à la prise d'un médicament[18].

Les morbidités somatiques justifiant d'une prise en charge ou prises en compte dans la prise en charge du patient doivent être décrites. On se reportera aux « fascicules de codage » publiés sur le site internet de l'ATIH pour les modalités détaillées de codage de certaines de ces pathologies.

Des exemples des morbidités somatiques pouvant être fréquemment prises en charge en psychiatrie sont présentées ci-dessous. Cette liste d'exemples n'est pas exhaustive.

2.2.1 Morbidités endocriniennes

Diabète

Des extensions des codes de la catégorie E11 *Diabète sucré de type 2* ont été créées en 2011 pour distinguer le diabète de type 2 traité par voie orale de celui nécessitant un traitement par insuline (diabète de type 2 dit *insulinonécessitant, insulinorequérant* ou *insulinotraité*).

Exemples :

- E10.3 Diabète *sucré de type 1, avec complications oculaires*
- E11.28 *Diabète sucré de type 2 non insulinotraité ou sans précision, avec complications rénales*
- E11.90 *Diabète sucré de type 2 insulinotraité, sans complication*

[14] Se reporter au paragraphe 1.10 de ce chapitre pour plus de précisions.

[15] Se reporter au paragraphe 1.2 de ce chapitre, consacré aux *Codes de la CIM-10 non utilisables* et au paragraphe 1.3 consacré aux *Codes de la CIM-10 dont l'emploi doit être évité*.

[16] Se reporter au paragraphe 1.2 de ce chapitre, consacré aux *Codes de la CIM-10 non utilisables*.

[17] « Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique ». Recommandation de bonne pratique, *Fédération Française de Psychiatrie – Conseil National Professionnel de Psychiatrie (FFP-CNPP) - HAS 2015.*

[18] Se reporter au paragraphe 1.5 de ce chapitre pour le codage des *Effets indésirables des médicaments*.

Obésité

La CIM-10 décrit l'obésité selon l'*indice de masse corporelle* (IMC) et la cause à l'origine de cette obésité comme certains médicaments, un apport calorique inadéquat, etc.

Exemples :

- E66.14 *Obésité médicamenteuse de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 30 kg/m² et inférieur à 35 kg/m², ou obésité médicamenteuse de l'enfant*
- E66.06 *Obésité due à un excès calorique de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m² et inférieur à 50 kg/m²*

Hyperprolactinémie

La prise de traitements Neuroleptiques peut être à l'origine d'une hyperprolactinémie. Cette hyperprolactinémie « secondaire » est décrite en associant les 2 codes suivants :

- E22.1 *Hyperprolactinémie*
- Y49.3 *Effets indésirables des antipsychotiques phénothiazidiques et neuroleptiques au cours de leur usage thérapeutique*

2.2.2 **Morbidités cardiaques**

Ci-après, 2 exemples de morbidités du système cardio-vasculaire et les codes CIM-10 permettant leur description :

Hypotension artérielle médicamenteuse, imputée à la prise de Neuroleptiques par exemple :

- I95.2 *Hypotension médicamenteuse*
- Y49.3 *Effets indésirables des antipsychotiques phénothiazidiques et neuroleptiques au cours de leur usage thérapeutique*

Allongement de l'espace QT diagnostiqué à l'*Electrocardiogramme (ECG)*

- R94.3 *Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires pour allongement de l'espace QT*

2.2.3 **Morbidités pulmonaires**

Ci-après, 3 exemples de morbidités du système respiratoire et les codes CIM-10 permettant leur description :

Exacerbation aiguë d'une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

- J44.1 *Maladie pulmonaire obstructive chronique avec épisodes aigus, sans précision*

Pneumonie, pneumopathie infectieuse « typique » à pneumocoque

- J13 *Pneumonie due à Streptococcus pneumoniae*

Trachéostomie, soins habituels

Patient porteur d'une trachéostomie. Pour le codage des soins habituels tels qu'effectués ou effectuables à domicile (soins quotidiens d'hygiène, changements de canule de trachéostomie).

- Z93.0 *Trachéostomie*

2.2.4 **Morbidités virales, génito-urinaires et sexuellement transmissibles**

Ci-après, quelques exemples de morbidités infectieuses et les codes CIM-10 permettant leur description :

Hépatite chronique C

- B18.2 *Hépatite virale chronique C*

VIH

- B24.+9 Infection *par le V.I.H., sans précision*

Urétrite à gonocoque

- A54.0 *Infection gonococcique de la partie inférieure de l'appareil génito-urinaire, sans abcès périurétral ou des glandes annexes*

2.2.5 **Morbidités du système nerveux**

Ci-après, 2 exemples de morbidités du système nerveux et les codes CIM-10 permettant leur description :

Paraplégie flasque séquelle d'une tentative de suicide ancienne

- G82.0 *Paraplégie flasque*
- Y87.0 *Séquelles d'une lésion auto-infligée*

EEG pathologique, anomalie découverte à l'*Électroencéphalogramme (EEG)*

- R94.0 *Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles du système nerveux central*

2.2.6 **Morbidités digestives**

Ci-après, quelques exemples de morbidités du système digestif et les codes CIM-10 permettant leur description :

Obstruction intestinale due aux matières fécales (fécalome)

- *K56.4 Autres obstructions de l'intestin*

Stomies, soins habituels

Patient porteur d'une stomies de l'appareil digestif. Pour le codage des soins habituels tels qu'effectués ou effectuables à domicile (soins quotidiens d'hygiène, changements de poche…).

- Z93.1 *Gastrostomie*
- Z93.3 *Colostomie*

2.3 LES TROUBLES DU COMPORTEMENT

Les codes donnés en exemple ci-dessous décrivent des signes et symptômes relatifs à des troubles du comportement **non décrits par d'autres codes[19],** comme ceux des catégories F00 à F99 du chapitre V.

- R45.0 *Nervosité*

[19] Se reporter au paragraphe 1.10 de ce chapitre pour plus de précisions.

- R45.1 *Agitation*
- R45.4 *Irritabilité et colère*
- R45.5 *Hostilité*
- R45.6 *Violence physique*
- R46.3 *Suractivité*
- R46.4 *Lenteur et manque de réactivité*

2.4 LES TROUBLES COGNITIFS

Les codes donnés en exemple ci-dessous décrivent des signes et symptômes relatifs à des troubles de l'orientation, de la mémoire, du langage, de l'apprentissage, de la praxie, de la gnosie et de la perception **non décrits par d'autres codes**[20] comme ceux du chapitre V, codes des catégories F00 à F99.

Orientation

- R41.0 *Désorientation, sans précision*

Mémoire

- R41.1 *Amnésie antérograde*
- R41.2 *Amnésie rétrograde*
- R41.3 *Autres formes d'amnésie*
- R41.8 *Symptômes et signes relatifs aux fonctions cognitives et à la conscience, autres et non précisés*

Perception

- R44.0 *Hallucinations auditives*
- R44.1 *Hallucinations visuelles*
- R44.2 *Autres hallucinations*
- R44.3 *Hallucinations, sans précision*
- R44.8 *Symptômes et signes relatifs aux sensations et aux perceptions générales, autres et non précisés*

Langage

- R47.00 *Aphasie récente, persistant au-delà de 24 heures*
- R47.02 *Aphasie, ancienne ou résiduelle ou de longue durée*
- R47.03 *Dysphasie*
- R47.1 *Dysarthrie et anarthrie*
- R47.8 *Troubles du langage, autres et non précisés*
- R48.0 *Dyslexie et alexie*

Fonctions symboliques : gnosie, praxie

- R48.10 *Hémiasomatognosie (héminégligence)*
- R48.18 *Agnosie, autre et sans précision*
- R48.2 *Apraxie*
- R48.8 *Troubles de la fonction symbolique, autres et non précisés (acalculie, agraphie)*

[20] Se reporter au paragraphe 1.10 de ce chapitre pour plus de précisions.

Sénilité

Les codes donnés en exemple ci-dessous sont relatifs à la sénilité, **à l'exclusion** de F03 *Psychose sénile*.

- R54.+0 *Syndrome de glissement (sénile)*
- R54.+8 *Autres états de sénilité sans mention de psychose*

2.5 AUTRES SYMPTÔMES, SIGNES INDUISANT UNE RÉDUCTION DE L'AUTONOMIE

Les codes donnés en exemple dans cette section proviennent essentiellement du chapitre XVIII *Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs*. On veillera particulièrement au respect des règles d'exclusion accompagnant l'utilisation de certains de ces codes[21].

Déplacement

Les codes de la catégorie R26 permettent la description de certaines anomalies de la démarche ; exemples :

- R26.0 *Démarche ataxique*
- R26.2 *Difficulté à la marche, non classée ailleurs*

Le code R29.6 permet de déclarer la présence de chutes à répétitions :

- R29.6 *Chutes à répétition, non classées ailleurs*

Incurie

Les codes de la catégorie R46 définissent des « Symptômes et signes relatifs à l'apparence et au comportement ». Pour décrire l'incurie, il est proposé d'utiliser le code suivant :

- R46.0 *Hygiène personnelle très défectueuse*

Alimentation

Les codes de la catégorie R63 décrivent des signes et symptômes relatifs à l'absorption d'aliments et de liquides **non décrits par d'autres codes** comme ceux de la catégorie F50 *Troubles de l'alimentation d'origine non organique* ; exemples :

- R63.1 *Polydipsie*
- R63.2 *Polyphagie*
- R63.3 *Difficultés nutritionnelles et nutrition inadaptée*
- R63.4 *Perte de poids anormale*
- R63.6 *Absorption insuffisante d'aliments et de liquides*

Élimination

Les codes donnés en exemple ci-dessous décrivent des signes et symptômes relatifs à l'élimination **non décrits par d'autres codes** comme F98.0 *Énurésie non organique* et F98.1 *Encoprésie non organique* :

- R15 *Incontinence des matières fécales*
- R32 *Incontinence urinaire, sans précision*

Relations sociales

[21] Se reporter au paragraphe 1.10 de ce chapitre pour plus de précisions

- Z73.4 *Compétences sociales inadéquates, non classées ailleurs*
- Z56.4 *Difficultés liées à un désaccord avec le supérieur et les collègues*
- Z56.5 *Difficultés liées à une mauvaise adaptation au travail*

État grabataire

- R26.30 *État grabataire*

Son codage (R26.30) est réservé aux situations correspondant à la définition suivante : « état d'une personne confinée au lit ou au fauteuil par sa maladie, incapable de subvenir seule sans aide et en toute sécurité à ses besoins alimentaires, d'hygiène personnelle, d'élimination et d'exonération, de transfert et de déplacement ».

2.6 RÉSISTANCE AU TRAITEMENT

Pour la définition de la résistance au traitement médicamenteux de la schizophrénie on se référera au guide des affections de longue durée (ALD 23 schizophrénies[22]) publié en 2007 par la Haute autorité de santé (HAS). Pour la définition de la résistance médicamenteuse des troubles dépressifs on se référera au « *Guide du bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte*[23]» publié en 2006 par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS[24]).

Plus généralement, une résistance de la maladie à un traitement peut être décrite après le constat de l'échec thérapeutique pour un traitement adéquat, conduit pendant une durée adéquate, à la bonne dose et après s'être assuré de sa bonne prise par le patient.

On utilisera le code suivant pour décrire cette situation :

- U90.9 *Résistance à un traitement, autres et sans précision*

2.7 ANTÉCÉDENTS DE NON OBSERVANCE OU DE RUPTURE DANS LE SUIVI

Pour décrire des antécédents de difficultés ou de ruptures dans la prise en charge du patient du fait de la non-observance des projets thérapeutiques (non prise répétée des traitements, absences répétées aux différents rendez-vous, etc.), il est possible d'utiliser le code suivant :

- Z91.1 *Antécédents personnels de non-observance d'un traitement médical et d'un régime*

2.8 ENVIRONNEMENT SOCIO-ÉCONOMIQUE

Pour décrire les situations socio-économiques des patients susceptibles d'avoir un impact sur leur prise en charge, des consignes d'utilisation de codes existants ont été apportées et des extensions nationales ont été créées en 2015.

Ces codes peuvent être utilisés en position de diagnostic associé dès lors qu'ils en respectent la définition notamment en termes d'accroissement de la charge en soins ou lorsque les conditions socioéconomiques ont justifié une prise en charge particulière[25].

2.8.1 Scolarité

- Z55.00 *Analphabétisme et illettrisme*

---

[22] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_ald23_schizophr_juin_07.pdf.

[23] http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/9698d423c76ea69ed0a2678ff7a2b2b3.pdf

[24] Devenue à partir de l'année 2012 l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 et Décret n° 2012-597 du 27 avril 2012.

[25] Ces situations doivent être mentionnées dans le dossier médical notamment suite à l'intervention d'une assistante sociale.

Concerne les personnes qui présentent une incapacité, d'origine non médicale, à lire un texte simple en le comprenant, à utiliser et à communiquer une information écrite dans la vie courante. Ce code est réservé aux personnes de plus de 15 ans et ne concerne que la langue d'usage du patient.

- Z55.1 *Scolarité inexistante ou inaccessible*

Concerne les enfants de moins de 17 ans ne suivant, au moment de l'admission, aucun processus d'instruction (filière scolaire en établissement ou à distance, enseignement par tiers,…), et ce pour des raisons autres que médicales. L'absentéisme chronique (enfant inscrit mais non présent) est également codé ainsi.

- Z55.3 *Difficultés liées aux mauvais résultats scolaires*
- Z55.4 *Difficultés liées à une mauvaise adaptation éducative et difficultés avec les enseignants et les autres élèves*

2.8.2 **Logement**

- Z59.10 *Logement insalubre ou impropre à l'habitation*

Correspond aux logements présentant un danger pour la santé de ses occupants, aux hébergements dans des lieux non destinés à l'habitation ou aux squats.

- Z59.11 *Logement sans confort*

Correspond aux logements sans confort sanitaire, c'est-à-dire lorsqu'un des éléments suivants est absent : eau courante, installation sanitaire, WC intérieurs. Les logements sans chauffage ou avec un moyen de chauffage sommaire, ou sans électricité relèvent également de ce code.

- Z59.12 *Logement inadéquat du fait de l'état de santé de la personne*

Concerne un logement devenu inadéquat du fait de l'état de santé de la personne à la sortie de l'hôpital.

- Z59.13 *Logement en habitat temporaire ou de fortune*,

Est à utiliser pour des hébergements tels que hôtel, mobil-home, caravane, camping ou cabane.

- Z59.0 *Sans abri*

S'utilise pour une personne vivant dans la rue au moment de l'admission, ou hébergée dans un centre d'hébergement d'urgence, ou dans un centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS).

2.8.3 **Revenu**

- Z59.50 *Absence totale de revenu, d'aide et de prestations financières*

Correspond à une absence totale de revenu (salaires, activité commerciale, prestations financières dont minima sociaux,…) ou à des personnes n'ayant que la mendicité comme source de revenu. La mendicité n'est pas à coder ici si elle ne constitue pas l'unique source de revenu.

- Z59.62 *Bénéficiaires de minima sociaux*

Concernent les personnes qui perçoivent des allocations soumises à conditions de ressources telles que le revenu de solidarité active (RSA), l'allocation de solidarité spécifique (ASS), l'allocation temporaire d'attente (ATA), l'allocation équivalent retraite (AER), l'allocation aux adultes handicapés (AAH), l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI).

2.8.4 **Langue (recours à un interprète)**

- Z60.30 *Difficultés liées à la langue*

S'emploie lorsque le recours à un interprète (un tiers) est nécessaire pour la prise en charge du patient.

2.8.5 **Isolement social**

- Z60.20 *Personne vivant seule à son domicile*,

Concerne les personnes vivant seules à leur domicile, quel que soit leur sentiment de solitude ou d'isolement. Ce code ne concerne pas les personnes vivant en établissement collectif.

- Z63.2 *Difficultés liées à un soutien familial inadéquat*

- Z63.3 *Difficultés liées à l'absence d'un des membres de la famille*

2.9 POLYHANDICAP LOURD

Le polyhandicap se définit par l'association de quatre critères :

- une déficience mentale profonde ou une démence sévère ;
- un trouble moteur à type de paralysie partielle ou totale, d'ataxie, de tremblements sévères, de dyskinésie ou de dystonie ;
- une mobilité réduite conséquence du trouble moteur ;
- une restriction extrême de l'autonomie caractérisée par la dépendance permanente envers une tierce personne ou un appareil.

Pour permettre l'identification du polyhandicap lourd dans les recueils d'informations du PMSI, quatre listes de codes de la CIM–10 ont été élaborées sous le contrôle de la Société française de pédiatrie et de la Société française de neuropédiatrie :

- liste 1 : déficiences mentales ou psychiatriques sévères ;
- liste 2 : troubles moteurs ;
- liste 3 : critères de mobilité réduite ;
- liste 4 : restrictions extrêmes de l'autonomie.

Un code au moins de chacune des quatre listes[26] doit être présent dans le RPS ou le RAA pour affirmer le polyhandicap lourd.

2.10 TENTATIVES DE SUICIDE ET IDÉES SUICIDAIRES

La CIM–10 permet la description de différents aspects liés aux tentatives de suicide :

- La temporalité par rapport à la prise en charge : dans le présent elle est alors « actuelle » sinon elle est considérée comme un « antécédent » qu'elle soit récente ou ancienne ;
- Le moyen utilisé :
  - une substance comme des médicaments ou des solvants (à l'origine de ce que la CIM-10 définit comme « empoisonnement » ou « auto-intoxication »),
  - un objet tranchant, une arme à feu, la pendaison, saut dans le vide (à l'origine de ce que la CIM-10 décrit comme des « lésions auto-infligées ») ;
- Le lieu : domicile, rue, établissement collectif, etc. ;
- La manifestation : un coma, une insuffisance hépatique, une insuffisance rénale, une plaie tendineuse ou artérielle, une fracture, etc.

2.10.1 Prise en charge d'une tentative de suicide

Pour décrire une **tentative de suicide**, objet d'une **prise en charge,** il peut être fait recours :

- s'il s'agit d'une intoxication médicamenteuse ou due à d'autres substances biologiques, aux codes appartenant aux catégories T36 à T50 *Intoxications par des médicaments et des substances biologiques* ;
- s'il s'agit d'une lésion traumatique, aux codes appartenant aux catégories S00 à T35 ;

Dans tous les cas, on associe à ces codes, pour décrire l'intentionnalité volontaire de l'acte, le moyen et le lieu[27], un code appartenant aux catégories X60 à X84 *Lésions auto-infligées*[28].

Exemples :

---

[26] Voir les listes et recommandations pour le codage du polyhandicap lourd sur le site Internet de l'ATIH.

[27] LA CIM-10 précise en introduction du chapitre XX les codes à utiliser pour décrire les lieux de l'évènement. Par exemple, ce code doit être égal à « 0 : Domicile » pour le domicile et « 2 : Ecole, autre institution et lieu d'administration publique » s'agissant de l'hôpital.

[28] Il est rappelé que la CIM-10 interdit l'utilisation de ces codes en position de morbidité principale.

- X62.2 *Auto-intoxication par des narcotiques et psychodysleptiques [hallucinogènes] et exposition à ces produits, non classés ailleurs, école, autre institution et lieu d'administration publique*
- X70.0 *Lésion auto-infligée par pendaison, strangulation et suffocation, domicile*
- X78.2 *Lésion auto-infligée par utilisation d'objet tranchant, école, autre institution et lieu d'administration publique*
- *X80.2 Lésion auto-infligée par saut dans le vide, école, autre institution et lieu d'administration publique*

Ci-après, quelques exemples de codages[29] de différentes situations de prise en charge « actuelle » de tentatives de suicide.

Exemple 1
Prise en charge aux urgences générales, par l'équipe soignante de psychiatrie, d'un patient pour une tentative de suicide par ingestion de *Benzodiazépine* à son domicile.
Les 2 codes suivants doivent être enregistrés dans le RAA :

- T42.4 *Intoxication par benzodiazépines*

Et

- X61.0 *Auto-intoxication par des anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes et exposition à ces produits, non classés ailleurs, domicile*

Exemple 2
Prise en charge aux urgences générales, par l'équipe soignante de psychiatrie, d'un patient pour une tentative de suicide par phlébotomie à son domicile.
Les 2 codes suivants doivent être enregistrés dans le RAA :

- S55.2 *Lésion traumatique d'une veine au niveau de l'avant-bras*

Et

- X78.0 *Lésion auto-infligée par utilisation d'objet tranchant, domicile*

Exemple 3
Un patient fait une tentative de suicide par ingestion de Benzodiazépines au cours de son séjour en établissement psychiatrique.
Les 2 codes suivants doivent être enregistrés dans le RPS :

- *T42.4 Intoxication par benzodiazépines*

Et

- *X61.2 Auto-intoxication par des anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes et exposition à ces produits, non classés ailleurs, école, autre institution et lieu d'administration publique*

Exemple 4
Un patient fait une tentative de suicide par phlébotomie au niveau de l'avant-bras au cours de son séjour en établissement psychiatrique.
Les 2 codes suivants doivent être enregistrés dans le RPS :

- *S55.2 Lésion traumatique d'une veine au niveau de l'avant-bras*

Et

- *X78.2 Lésion auto-infligée par utilisation d'objet tranchant, école, autre institution et lieu d'administration publique*

2.10.2 **Prise en charge d'un « antécédent » de tentative de suicide récente ou ancienne**

Pour décrire un « antécédent » de **tentative de suicide**, qu'elle soit **récente ou ancienne**, il est fait recours respectivement aux 2 subdivisions suivantes du code Z91.5 *Antécédents personnels de lésions auto-infligées* :

- Z91.50 *Antécédents personnels récents de lésions auto-infligées*[30]

[29] Les codes CIM-10 donnés en exemples ne concernent qu'un aspect de la prise en charge, celui de la tentative de suicide. La description peut être complétée par d'autres codes CIM-10 pour décrire une pathologie mentale, des facteurs socio-économiques, ou l'existence de pathologies somatiques par exemple.

[30] La note accompagnant ce code spécifie qu'il est utilisé pour décrire la survenue de lésions auto-infligées (traumatisme, intoxication…), désormais traitées, dans le mois précédent la prise en charge d'une personne, en particulier pour troubles mentaux et du comportement.

- Z91.58 *Antécédents personnels de lésions auto-infligées, autres et non précisés*[31]

On associera aussi dans ce cas, pour décrire l'intentionnalité volontaire de l'acte, le moyen et le lieu, un code appartenant aux catégories X60 à X84 *Lésions auto-infligées.*

Ci-après, quelques exemples de codages[32] de différentes situations de prise en charge de tentatives de suicide non actuelle, qu'elles soient récentes ou anciennes.

***Exemple 1* :**
Transféré depuis un établissement MCO, un patient est hospitalisé en psychiatrie pour prise en charge après une tentative de suicide par ingestion de Benzodiazépine à son domicile quelques jours auparavant.
Les 2 codes suivants doivent être enregistrés dans le RPS :

- Z91.50 *Antécédents personnels récents de lésions auto-infligées*[33]

Et

- X61.0 *Auto-intoxication par des anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes et exposition à ces produits, non classés ailleurs, domicile*

Exemple 2
Transféré depuis un établissement MCO, un patient est hospitalisé en psychiatrie pour prise en charge après une tentative de suicide par défenestration à son domicile quelques jours auparavant.
Les 2 codes suivants doivent être enregistrés dans le RPS :

- Z91.50 *Antécédents personnels récents de lésions auto-infligées*

Et

- *X80.0 Lésion auto-infligée par saut dans le vide, domicile*

Exemple 3
Transféré depuis un établissement MCO, un patient est hospitalisé en psychiatrie pour prise en charge après tentative de suicide par défenestration à son domicile 2 mois auparavant.
Les 2 codes suivants doivent être enregistrés dans le RPS :

- Z91.58 *Antécédents personnels de lésions auto-infligées, autres et non précisés*

Et

- *X80.0 Lésion auto-infligée par saut dans le vide, domicile*

2.10.3 **Idées suicidaire**

Pour exprimer la **présence d'idées suicidaires** ou d'un **risque de passage à l'acte**, il est recommandé l'utilisation du code R45.8 *Autres symptômes et signes relatifs à l'humeur.*

La CIM-10 explicite dans la note accompagnant ce code que ce dernier décrit *les Idées (tendances) suicidaires à l'exclusion des idées suicidaires au cours de troubles mentaux (F00–F99)* [34]*.*

[31] On utilisera ce code pour les tentatives de suicides plus anciennes.

[32] Les codes CIM-10 donnés en exemples ne concernent qu'un aspect de la prise en charge, celui de la tentative de suicide. La description peut être complétée par d'autres codes CIM-10 pour décrire une pathologie mentale, des facteurs socio-économiques, ou l'existence de pathologies somatiques par exemple.

[33] La note accompagnant ce code spécifie qu'il est utilisé pour décrire la survenue de lésions auto-infligées (traumatisme, intoxication…), désormais traitées, dans le mois précédent la prise en charge d'une personne, en particulier pour troubles mentaux et du comportement.

[34] Se reporter au paragraphe 1.10 de ce chapitre pour plus de précisions.

APPENDICE 1

COTATION DE LA DÉPENDANCE SELON LA GRILLE DES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ)

APPENDICE 1 : COTATION DE LA DÉPENDANCE SELON LA GRILLE DES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

La cotation de la dépendance répond à la question : « **fait ou ne fait pas ?** ». Elle mesure la réalisation d'une ou plusieurs activités de la vie courante. Elle n'est pas un instrument de mesure de la charge en soins. La dépendance est cotée à chaque début de séquence pour les patients pris en charge à temps complet exclusivement.

1 RÈGLES DE COTATION DE LA DÉPENDANCE

1.1 SIX VARIABLES

Le niveau de dépendance du patient doit être évalué systématiquement par rapport à chacune des **six variables** suivantes :

- habillage ou toilette ;
- déplacements et locomotion ;
- alimentation ;
- continence ;
- comportement ;
- communication.

1.2 UNE VARIABLE RECOUVRE UNE OU PLUSIEURS *ACTIONS*

Une variable de dépendance recouvre une ou plusieurs ***actions*** de la vie quotidienne. Par exemple l'habillage inclut deux actions : l'habillage du haut du corps et l'habillage du bas du corps.

1.3 QUATRE NIVEAUX DE COTATION

Chaque variable de dépendance est cotée selon les **quatre niveaux** suivants :

1 Indépendance

Complète : le patient est totalement autonome.

Modifiée :

- le patient a besoin d'aides techniques qu'il maitrise parfaitement ;
- ou il a besoin d'un temps plus long mais acceptable ;
- ou il le fait avec un risque acceptable.

2 Supervision ou arrangement

La présence d'une tierce personne est nécessaire pour réaliser l'action mais elle n'a **aucun contact physique** avec le patient.

3 Assistance partielle

Une tierce personne et son **contact physique** avec le patient sont nécessaires pour réaliser **partiellement** au moins une action.

4 Assistance totale

Une tierce personne et son **contact physique** avec le patient sont nécessaires pour réaliser **la totalité** d'au moins une action.

Tableau récapitulatif

Cotation	Niveau de dépendance	Nécessité d'une aide ou non
1	Indépendance complète ou modifiée	Sans aide
2	Supervision ou arrangement	Présence d'un tiers
3	Assistance partielle	Contact avec un tiers
4	Assistance totale	

1.4 PRINCIPES DE COTATION

- Chaque action doit être cotée en fonction de ce que fait réellement le patient au cours de la séquence observée et non en fonction de ce qu'il pourrait éventuellement faire dans d'autres conditions matérielles ou psychologiques.

  Exemple : si un patient refuse de s'habiller, bien qu'il en soit capable, et qu'il doive de ce fait être totalement assisté pour réaliser cette action, sa cotation pour l'habillage du bas du corps est 4.

- Si lors de la cotation d'une variable de dépendance, il apparait que le patient n'effectue pas les différentes actions de façon homogène, il faut retenir la cotation de l'action pour laquelle se manifeste la plus grande dépendance.

  Exemple : le patient s'habille seul pour le haut du corps et demande seulement de l'aide pour les boutons ; en revanche il est incapable de s'habiller pour le bas du corps ; dans ce cas l'action habillage du haut du corps est cotée 3 et l'action habillage du bas du corps est cotée 4 ; il faut donc coter 4 la variable « habillage ».

- Si pour une action il y a hésitation de cotation entre le niveau 3 (assistance partielle) et le niveau 4 (assistance totale), coter 4.

2 PRÉSENTATION DES VARIABLES DE DÉPENDANCE

2.1 HABILLAGE

Il inclut deux actions :

- l'habillage du haut du corps : s'habiller et se déshabiller au-dessus de la taille, ainsi que mettre en place et enlever une orthèse ou une prothèse le cas échéant ;
- l'habillage du bas du corps : s'habiller et se déshabiller de la taille jusqu'en bas, ainsi que mettre en place et enlever une orthèse ou une prothèse le cas échéant.

1 Indépendance complète ou modifiée

S'habille et se déshabille seul en prenant ses vêtements à leur place habituelle[1], peut mettre et attacher un soutien-gorge, enfiler un vêtement par la tête, mettre un vêtement à ouverture sur le devant, mettre les sousvêtements, un pantalon, une jupe, des bas, une ceinture, des chaussettes et des chaussures, peut manipuler des fermetures éclair, des boutons, des boutons-pressions, peut mettre en place et enlever seul le cas échéant une orthèse ou une prothèse, OU requiert une adaptation pour mettre ou attacher ses vêtements, OU prend plus de temps que la normale.

[1] Suppose une réalisation spontanée, sans besoin de présence, suggestion ni stimulation.

2 Supervision ou arrangement

Requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation) OU un arrangement (mise en place d'une orthèse ou d'une prothèse, préparation des vêtements ou d'une aide technique spécialisée).

3 Assistance partielle

Nécessite une assistance partielle pour au moins l'une des deux actions.

4 Assistance totale

Nécessite une assistance totale pour au moins l'une des deux actions.

2.2 DÉPLACEMENTS ET LOCOMOTION

Ils incluent cinq actions :

- les transferts lit-chaise-fauteuil roulant : se transférer vers le lit, la chaise ou le fauteuil roulant et inversement OU si la marche est le mode habituel de locomotion, passer du lit, de la chaise à la position debout et inversement ;
- les transferts aux toilettes : s'asseoir et se relever du siège des toilettes ;
- les transferts à la baignoire ou à la douche : entrer et sortir de la baignoire ou de la douche ;
- la locomotion : marcher une fois en position debout OU utiliser un fauteuil roulant en terrain plat en toute sécurité ;
- l'utilisation des escaliers : monter et descendre une volée de marches (12 à 14 marches). ***Exception :*** si le mode de déplacement le plus courant est le fauteuil roulant (ou la chaise roulante, le chariot plat, le tricycle, etc.), ne pas coter l'action d'utilisation des escaliers.

1 Indépendance complète ou modifiée

Effectue seul l'ensemble de ses déplacements et de ses transferts, OU utilise des aides techniques ou adaptations, OU prend plus de temps que la normale, OU le fait avec un risque acceptable.

2 Supervision ou arrangement

Requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation), OU un arrangement (positionnement d'une planche de transfert, mobilisation d'un cale-pied), OU nécessite une supervision pour parcourir 45 mètres, quel que soit le mode de déplacement (marche ou fauteuil roulant) ou pour monter-descendre une volée de marches d'escalier (12 à 14 marches).

3 Assistance partielle

Nécessite une assistance partielle pour effectuer au moins l'une de ces quatre ou cinq actions.

4 Assistance totale

Nécessite une assistance totale pour effectuer au moins l'une de ces quatre ou cinq actions.

2.3 ALIMENTATION

Elle inclut trois actions nécessaires à l'ingestion des repas (lorsque ceux-ci sont préparés et présentés au patient de manière habituelle sur une table ou sur un plateau) :

- utilisation des ustensiles réguliers pour porter les aliments à la bouche ;

- mastication ;
- déglutition (avaler la bouchée ou la gorgée).

1 Indépendance complète ou modifiée

Mange en prenant sur une assiette les aliments de toute consistance et boit à partir d'une tasse ou d'un verre, utilise les ustensiles réguliers, OU utilise une aide technique ou une adaptation (paille, couteau, fourchette, etc.), OU requiert plus de temps que la normale, OU nécessite des aliments à consistance modifiée. Si le repas est administré par une autre voie (parentérale ou gastrostomie), le patient se l'administre seul.

2 Supervision ou arrangement

Requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation), OU un arrangement (mise en place d'une prothèse, d'une orthèse, ouvrir un récipient, couper la viande, beurrer les tartines et verser les liquides), OU requiert une aide pour ouvrir les récipients, couper la viande, verser les liquides.

3 Assistance partielle

Nécessite une assistance partielle pour au moins l'une des trois actions OU lorsque le repas est administré par une autre voie (parentérale ou gastrostomie), le patient ne le gère que partiellement.

4 Assistance totale

Nécessite une assistance totale pour au moins l'une des trois actions OU lorsque le repas est administré par une autre voie (parentérale ou gastrostomie), le patient ne le gère pas.

2.4 CONTINENCE

Elle inclut deux actions :

- le contrôle de la miction : assurer un contrôle complet et volontaire de la miction OU utiliser un équipement ou des moyens nécessaires à ce contrôle ;
- le contrôle de la défécation : assurer un contrôle complet et volontaire de la défécation OU utiliser un équipement ou des moyens nécessaires à ce contrôle.

1 Indépendance complète ou modifiée

Contrôle complètement la miction et la défécation et n'est jamais incontinent OU, s'il requiert un matériel spécifique, le place, l'utilise et le nettoie seul, et n'est jamais incontinent.
Matériels spécifiques pour la continence :

- urinaire : urinal, bassin de lit, chaise d'aisance, couche, serviette absorbante, sonde, collecteur urinaire, médicaments ;
- fécal : bassin de lit, chaise d'aisance, stimulation digitale, lavement, médicaments, poche de stomie.

2 Supervision ou arrangement :

Requiert une supervision (éducation), OU l'arrangement de l'équipement pour maintenir un contrôle satisfaisant, OU incontinence exceptionnelle (moins d'une fois par mois).

3 Assistance partielle

Nécessite une assistance partielle (l'entretien de son système collecteur urinaire, etc.) pour au moins l'une des deux actions, OU peut avoir une incontinence occasionnelle (moins d'une fois par jour).

4 Assistance totale

Nécessite une assistance totale pour au moins l'une des deux actions OU incontinent total, le patient se souille fréquemment au cours des 24 heures et nécessite une assistance totale pour changer ses protections.

Remarques :

Pour un patient porteur d'une sonde à demeure, c'est la gestion de la poche à urine qui est évaluée et non la pose d'une sonde à demeure qui constitue un acte infirmier :

- si le patient gère seul sa poche à urine, coter 1 ;
- si un soignant supervise la gestion de la poche à urine, coter 2 ;
- si un soignant gère entièrement la poche à urine, coter 4.

Pour un patient porteur d'un système de stomie, c'est la gestion de ce système qui est évaluée (cotations : voir ci-dessus).

2.5 COMPORTEMENT

Il inclut une action, l'interaction sociale, définie comme la capacité à s'entendre et à participer avec les autres, à des situations sociales ou thérapeutiques, à assurer ses besoins propres en même temps que ceux des autres.

1 Indépendance complète ou modifiée

Se conduit de façon appropriée avec les membres de l'équipe de soins, les autres patients et les membres de sa famille dans la plupart des cas, OU peut prendre plus de temps que la normale pour s'ajuster à des situations sociales, OU peut avoir besoin de médications pour garder le contrôle.

2 Supervision ou arrangement

Requiert une supervision OU une surveillance en cas de situations inhabituelles ou stressantes.

3 Assistance partielle

Ne se conduit de façon appropriée qu'une partie du temps, nécessite parfois des interventions, voire des négociations ou des restrictions.

4 Assistance totale

Se conduit le plus souvent de façon inappropriée, nécessite des restrictions.

> Exemples de conduites sociales inappropriées : crises de colère intempestives ; langage excessif, grossier, violent ; rires et pleurs excessifs ; violences physiques ; attitude très renfermée ou sans interaction.

Remarque : la démence ou toute autre affection mentale du patient devra faire l'objet d'une description particulière dans le cadre du recueil de la morbidité et à l'aide d'un ou plusieurs codes de la CIM–10.

2.6 COMMUNICATION

Elle inclut deux actions :

- la compréhension d'une communication visuelle ou auditive ;
- l'expression claire du langage verbal et non verbal.

1 Indépendance complète ou modifiée

Comprend et s’exprime normalement, ce qui permet des relations humaines aisées OU comprend et s’exprime difficilement en prenant plus de temps que la normale.

2 Supervision ou arrangement

Requiert parfois une stimulation pour permettre les échanges (faire répéter, parler plus lentement, s’aider d’un geste, d’un support, etc.).

3 Assistance partielle

Ne comprend ou n’utilise que des mots, expressions ou gestes simples, nécessite fréquemment une aide.

4 Assistance totale

Ne s’exprime pas et/ou ne communique pas OU le fait de façon inappropriée.

APPENDICE 2

GRILLE *EDGAR*

APPENDICE 2 : GRILLE *EDGAR*

La grille *EDGAR* (entretien, démarche, groupe, accompagnement, réunion) est un recueil d'informations qui permet d'enregistrer les actes réalisés pour un patient au cours d'une prise en charge correspondant à l'une des trois activités suivantes :

- l'accueil et les soins ambulatoires réalisés en centre médicopsychologique (CMP) ;
- l'accueil et les soins en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ;
- l'accueil et les soins dans un lieu autre que le CMP et le CATTP.

Les activités qui correspondent aux prises en charge en hospitalisation à temps plein dans une unité médicale de psychiatrie de l'établissement, en centre de postcure ou en centre de crise sont exclusivement enregistrées sous forme de séquences et ne peuvent en aucun cas faire simultanément l'objet d'un relevé d'actes.

En revanche, les patients pris en charge à temps complet dans le cadre d'autres formes d'activité (se reporter *supra* au point I.1.1.3) peuvent voir recueillir un acte ambulatoire.

Les actes effectués pour un patient pris en charge à temps partiel ne doivent être comptabilisés que s'ils n'ont pas lieu pendant le même temps de prise en charge.

> Exemple : un patient vient en hôpital de jour le matin et rencontre un psychologue en CMP l'après-midi. Une venue d'une demi-journée en hospitalisation de jour et un acte en CMP sont enregistrés. En revanche, il est impossible de compter deux prises en charge (l'une à temps partiel, l'autre ambulatoire) ayant lieu pendant la même demi-journée. Dans un tel cas, seule la prise en charge à temps partiel fait l'objet d'un enregistrement.

L'activité de psychiatrie de liaison est exclusivement décrite sous la forme d'un relevé d'actes.

Le recueil de l'activité ambulatoire selon la grille *EDGAR* consiste à relever les actes effectués en précisant leur date, leur nature, leur lieu de réalisation, le nombre et le type d'intervenants.

1 LA DATE DE L'ACTE

Jour, mois et année.

2 LE TYPE ET LA NATURE DES ACTES

2.1 LE TYPE DE L'ACTE

On distingue les actes effectués en présence d'un patient ou d'un groupe de patients, et les actes effectués en l'absence du patient.

Les actes effectués en présence du patient ou d'un groupe de patients et, par dérogation, les actes effectués en l'absence du patient mais en présence d'un membre de la famille, sont soit des entretiens, soit des accompagnements, soit des prises en charge de groupes.

Le relevé d'actes (en pratique le relevé d'entretiens) hors de la présence du patient mais en présence de sa famille, doit être rapporté au nom du patient identifié par le thérapeute.

Les actes effectués en l'absence du patient mais qui participent à l'élaboration du travail clinique ou thérapeutique au bénéfice du patient sont soit des démarches, soit des réunions.

2.2 LA NATURE DE L'ACTE

Selon la terminologie de la grille *EDGAR*, les actes doivent être codés de la façon suivante, un seul code par acte étant possible :

- entretien : code E
- démarche : code D
- groupe : code G
- accompagnement (avec ou sans déplacement) code A
- réunion clinique pour un patient : code R

2.2.1 **Entretien**

Un entretien est un acte à visée diagnostique, évaluative ou thérapeutique, qui privilégie l'interaction verbale. Il se déroule dans un lieu préalablement défini, est réalisé par un ou plusieurs intervenants et s'effectue toujours en présence d'un seul patient à la fois, avec ou sans la présence de ses proches.

Dans le cas d'un entretien avec une famille ou un proche du patient, le thérapeute devra enregistrer l'entretien au nom du patient[1]. Cette règle induit que, par convention, un acte effectué en présence de plusieurs patients désignés (psychothérapie familiale ou de couple par exemple) relève de la catégorie « groupe ».

Par dérogation, l'entretien avec la famille ou des proches en l'absence du patient, sera enregistré dans cette catégorie.

Exemples :

- la consultation, l'entretien et l'examen physique ;
- la psychothérapie individuelle ;
- les rééducations (psychomotrice, orthophonique) ;
- les bilans et les tests ;
- les soins.

2.2.2 **Démarche**

Une démarche est une action effectuée à la place du patient qui n'est pas en état de la mener à bien lui-même, en vue de l'obtention d'un service ou d'un droit.

La démarche est effectuée auprès d'un tiers par un ou plusieurs soignants à la place du patient et hors sa présence. Cette action, liée au degré de dépendance ou d'incapacité du patient, est effectuée le plus souvent par les assistantes sociales.

Il peut s'agir aussi d'interventions auprès de l'environnement familial, social ou médicosocial du patient, en son absence, dans le but :

- de prendre des mesures sociales ;
- d'effectuer un placement médical ou médicosocial ;
- de participer au projet d'adaptation sociale ou professionnelle.

En revanche, des appels téléphoniques pour la recherche d'une place dans une unité d'hospitalisation pour un patient vu dans une structure d'accueil des urgences ou en consultation externe ne constituent pas une démarche car ils ne respectent pas la définition d'une « action effectuée à la place du patient qui n'est pas en état de la mener à bien lui-même » ; la recherche d'une unité d'hospitalisation n'incombe pas au patient.

[1] Par exemple, en pédopsychiatrie, dans le cas d'un entretien avec la famille de l'enfant, l'entretien est enregistré au nom de l'enfant.

Lorsqu'une démarche pour un patient est effectuée le même jour auprès de plusieurs tiers (par exemple auprès de deux services sociaux différents), le nombre d'actes de démarche pour ce patient ce jour est égal au nombre de tiers (institutions, services sociaux) démarchés.

Les démarches téléphoniques peuvent faire l'objet d'un relevé d'actes.

2.2.3 **Groupe**

On désigne par « groupe » un acte thérapeutique réunissant plusieurs patients, réalisé par un ou plusieurs soignants, avec unité de temps et de lieu, avec ou sans utilisation d'une médiation. Cette définition induit que la psychothérapie familiale et la psychothérapie de couple sont, par convention, incluses dans la catégorie « groupe ». Il s'agit d'un acte prévu dans le projet de soin personnalisé du patient, ce qui exclut les animations ou les activités occupationnelles.

Les activités effectuées dans le cadre de la réinsertion scolaire ou professionnelle, ainsi que les activités et les sorties organisées ponctuellement relèvent de cette catégorie.

Exemples de groupes :

- ergothérapie ou artthérapie ;
- sociothérapie ;
- psychothérapie de groupe dont psychodrame ;
- psychothérapie familiale.

2.2.4 **Accompagnement**

L'action « accompagnement » peut être définie sous le terme global de « soutien de proximité » : il s'agit d'être avec le patient, de le soutenir dans son environnement personnel, pour l'aider à accomplir les actes de la vie ordinaire. L'accompagnement est différent de la démarche qui est effectuée à la place du patient.

Le relevé de l'accompagnement se réfère à un patient présent, au lieu de départ de l'acte et non à son lieu de destination. L'accompagnement peut occasionner un déplacement.

Exemples :

- les soins éducatifs, qui visent à l'acquisition, l'intégration de gestes, de connaissances ou de références permettant à la personne de maintenir, de modifier ou d'acquérir des habitudes ou comportements réfléchis et élaborés par elle-même, adaptés à son milieu et à son environnement familial, scolaire, social ou professionnel (aide à la gestion du traitement, éducation pour les soins d'hygiène corporelle, l'entretien du linge ; éducation nutritionnelle ; aide pour la réalisation des achats, la préparation des repas, aide à l'utilisation des moyens de transport, aide au déroulement des activités scolaires et de formation…) ;
- les soins de réadaptation et de réinsertion sociale, qui ont pour objectifs d'aider le patient à reprendre contact avec son entourage et à communiquer avec lui, de l'aider à conserver, trouver ou retrouver sa place dans le tissu familial, social, scolaire ou professionnel. Ils peuvent revêtir différentes formes : recherche d'un appartement avec le patient, accompagnement dans la cité (foyers, clubs, centres socioculturels, ...), accompagnements pour des démarches (tutelle, trésorerie) ;
- les soins relationnels à travers une activité-support.

2.2.5 **Réunion clinique pour un patient**

Une réunion clinique rassemble plusieurs professionnels autour du cas d'un patient particulier, à l'occasion d'un problème qui induit une réflexion spécifique sur le projet de soin du patient. Une réunion de ce type réunit des soignants en l'absence du patient, autour d'un travail d'échanges et d'élaboration de son projet de soins. Elle peut inclure un ou plusieurs tiers extérieurs à l'institution, **qui ne sont pas enregistrés dans le nombre des intervenants**.

Cette réunion diffère de la réunion de synthèse au cours de laquelle les cas de différents patients sont étudiés.

3 LE LIEU DE L'ACTE

La prise en charge ambulatoire peut être réalisée dans un lieu de l'établissement ayant une activité de soins psychiatriques ou dans un lieu extérieur à cet établissement.

Le tableau ci-dessous indique, pour chacun des lieux considérés, son code et des précisions le cas échéant.

Lieux	Code lieu	Commentaire
Centre médico-psychologique (CMP)	L01	
Lieu de soins psychiatriques de l'établissement	L02	hors CMP, CATTP et urgences psychiatrie
Établissement social ou médicosocial sans hébergement	L03	
Établissement scolaire ou centre de formation	L04	
Protection maternelle et infantile	L05	
Établissement pénitentiaire	L06	
Domicile du patient (hors HAD psychiatrie) ou substitut du domicile	L07	Incluant les visites à domicile pour des patients en HAD MCO ou HAD SSR. Comprend aussi le logement des parents, et des proches s'il s'agit du lieu de résidence habituelle du patient.
Établissement social ou médicosocial avec hébergement	L08	
Unité d'hospitalisation (MCO, SSR et USLD)	L09	Comprend aussi les lieux de consultation dont peut bénéficier le patient dans chacune de ces activités de soin.
Unité d'accueil d'un service d'urgence	L10	Comprend les lieux des unités d'accueil des urgences psychiatrie et la psychiatrie de liaison aux urgences MCO.
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)	L11	

4 LES INTERVENANTS

4.1 CATÉGORIE PROFESSIONNELLE DE L'INTERVENANT

Pour chaque acte effectué pour un patient, il convient d'indiquer la catégorie professionnelle de l'intervenant en utilisant les codes suivants :

- membre du corps médical : code M ;
- infirmier et encadrement infirmier : code I ;
- psychologue : code P ;
- assistant social : code A ;
- personnel de rééducation : code R ;
- personnel éducatif : code E ;
- autres intervenants soignants (dont aides-soignants) : code S ;
- plusieurs catégories professionnelles dont membre du corps médical : code X ;

- plusieurs catégories professionnelles sans membre du corps médical : code Y ;

4.2 NOMBRE D'INTERVENANTS

Pour chaque acte, il s'agit de préciser (par un chiffre) le nombre de professionnels qui participent à la prise en charge décrite. Seuls sont à relever les intervenants rémunérés par l'établissement sur une dotation sanitaire (salariés ou intervenants payés par l'établissement sous la forme d'une rémunération à l'acte ou par le biais d'une convention).

RÈGLES DE CODAGE

Le relevé de l'activité ambulatoire décrit les actes effectués au bénéfice direct d'un patient. **Il ne s'agit pas de viser l'exhaustivité du recueil du travail des services, il ne s'agit pas non plus d'une évaluation de la charge de travail des soignants et des médecins**. D'autres outils existent à cette fin[2].

Il en découle les règles suivantes :

Règle 1 : les transmissions de consignes entre membres d'une équipe ne doivent pas être relevées. Elles font partie du fonctionnement de toute équipe soignante et ne doivent pas être considérées comme des temps de réunion clinique dédiés au patient.

Règle 2 : seuls les actes ponctuels effectivement accomplis dans les conditions d'organisation standard doivent être relevés (ainsi ne doit-on pas relever les actes effectués "dans le couloir").

Règle 3 : sauf dans le cas de démarches, les communications téléphoniques ne doivent pas faire l'objet d'un relevé d'actes, quelles que soient la durée et la valeur thérapeutique de cette communication.

Règle 4 : seule doit être comptabilisée l'activité réalisée et non l'activité prévue ; par exemple, une visite à domicile qui n'aboutirait pas dans le cas où le patient serait absent de son domicile n'est pas à relever.

[2] Projet de recherche en nursing (PRN), Soins infirmiers individualisés à la personne soignée (SIIPS), etc.

INDEX ALPHABÉTIQUE

A

Absence de courte durée 5
Accompagnement (grille *EDGAR*) 71
Accompagnement thérapeutique en milieu scolaire 16
Acte
  réalisé dans un autre établissement .. 4, 5, 25, 26
  transfert pour la réalisation d'un — 4, 5, 25, 26
Acte ambulatoire 69
Acte médical
  complication 46
Action pour la communauté 4
Activité
  ambulatoire 3, 7, 8, 21
    fichier (agrégé, détaillé) 23
  combinée 6, 15
  libérale, indicateur 22
  unité de compte 7
Activités de la vie quotidienne 21, 60, 62
  alimentation 65
  communication 67
  comportement 66
  continence 65
  déplacements et locomotion 64
  habillage 63
  transferts 64
Admission
  réadmission le jour de la sortie 5, 11, 12
Alimentation (dépendance) 65
Ambulatoire, activité 3, 7, 8, 21
  fichier (agrégé, détaillé) 23
Année civile (changement) 5, 10
ANO, fichier 35, 38
ANO-HOSP 37
Anonymat des soins 9, 10
Anonymisation des informations 24
Antécédent 48
Astérisque (code) 44
AVQ ..... *Voir Activités de la vie quotidienne*

B

B2, normes 31

C

CCAM 20
Chaînage anonyme 36
  index (numéro d'–) 37, 38
Chambre d'isolement 16
Changement d'année civile 5, 10
Classification Commune des Actes Médicaux 20
Classification internationale des maladies 41
  catégorie 41
  chapitre XX 45
  code non utilisable (interdit) 43
Classification internationale des maladies
  code à 3 caractères 41
Classification internationale des maladies
  sous-catégorie 41
Classification internationale des maladies
  code à 4 caractères 41
Classification internationale des maladies
  code étendu (extension de code) 42
Classification internationale des maladies
  double codage *dague-astérisque* 44
Classification internationale des maladies
  code *astérisque* 44
Classification internationale des maladies
  code *dague* 44
Classification internationale des maladies (CIM–10)
  chapitre XX 18
  codes V,W, X, Y 18
Code
  à 3 caractères (CIM–10) 41
  à 4 caractères (CIM–10) 41
  astérisque (CIM–10) 44
  avec un signe + (CIM–10) 42
  dague (CIM–10) 44
  d'erreur 24, 25
  INSEE de pays 10
  non utilisable (interdit) (CIM–10) 43
  postal de résidence 10
  retour 24, 25
  V, W, X, Y (CIM–10) 45
Combinée, activité 6, 15
Communauté, action pour la 4
Communication (dépendance) 67
Complication d'un acte médical 46
Comportement (dépendance) 66
Confidentialité des informations 38
Conservation des informations 39
Consultation sur la voie publique 4
Continence (dépendance) 65
CTLA (fichier) 35
CTLF (fichier) 32, 35
CTLS (fichier) 35

D

Dague (code) 44
Date
  de début de séquence 15
  de fin de séquence 15
  de l'hospitalisation 32
  de naissance 9
  de sortie 11
  d'entrée 11
Décès (mode de sortie) 13
Démarche (grille *EDGAR*) 70
Demi-journée de présence 16
Dépendance 21, 62
  alimentation 65
  communication 67
  comportement 66
  continence 65
  déplacements et locomotion 64
  habillage 63
  transferts 64
Déplacements (dépendance) 64

Destination 13
Diabète insulinonécessitant, insulinorequérant, insulinotraité 51
Diagnostic
associé 19
principal 18
Dispositif intersectoriel, numéro 17
Dossier médical 8
Double codage *dague-astérisque* (CIM–10) 44

E

EDGAR (grille) 69
Effet nocif de médicament 45
Effet secondaire, indésirable, de médicament 45
Enfant-mère (relation) 22
Entrée
date 11
mode 11
réadmission le jour de la sortie 5, 11, 12
Entretien (grille *EDGAR*) 70
é-PMSI (plateforme) 36, 38
Erreur, code 24, 25
État grabataire 55
Expertise 3

F

Facteur associé 19
Facturation individuelle des séjours 32
Fichier d'activité ambulatoire (agrégé, détaillé) 23
Fichier national des établissements sanitaires et sociaux 8
Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) 8, 35
FICHSUP-PSY 23
Finalité principale de prise en charge
code non utilisable (interdit) 43
Fonction d'occultation des informations nominatives (FOIN) 37
Forme d'activité (SAE) 8
Forme d'activité (RIM-P) 3, 14

G

Grabataire, état 55
Groupe (grille *EDGAR*) 71

H

Habillage (dépendance) 63
HOSP-FACT 30, 36
Hospitalisation à temps plein 3
HOSP-PMSI 37

I

Identifiant permanent du patient 9
Index (numéro d'–) du chaînage anonyme 37, 38
Indicateur
accompagnement thérapeutique en milieu scolaire 16
d'activité libérale 22
de séquence 14
Infection
nosocomiale 47
Informations à visée d'enquête 25
Injonctions de soins 22
INSEE, code de pays 10
Intersectoriel, numéro de dispositif 17
Intoxication médicamenteuse 45
IPP, NIPP ..... *Voir* Identifiant permanent du patient
Isolement thérapeutique 16

J

Jour de présence 16
Journée (unité de compte de l'activité) 7

L

Libérale (activité), indicateur 22
Lieu de l'acte (grille *EDGAR*) 72
Locomotion (dépendance) 64

M

MAGIC 37
Maraude (consultation de) 4
Médicament
effet nocif 45
effet secondaire, indésirable 45
surdosage 45
Médicosocial (hébergement) 13, 14
Mère-enfant (relation) 22
Mode
d'entrée 11
de sortie 13
légal de séjour 17, 22
Motif principal de prise en charge 18
Mutation 11, 13

N

Nature de la prise en charge 3, 14
NIPP, IPP ..... *Voir* Identifiant permanent du patient
Normes B2 31
Nosocomial, facteur 47
Nuitée 7
Numéro
de secteur, de dispositif intersectoriel 17
de séjour 10
d'unité médicale 14

P

Pays de résidence (code) 10
Permission 5, 10
Phlébite due à perfusion 46
PIVOINE 24
Plateforme é-PMSI 36, 38
Plus (signe + dans un code) 42
Polyhandicap lourd
définition 57
Prestation
inter-établissements (PIE) 5, 26
Prestation inter activités (PIA) 4, 25
Prestation ne relevant pas du même champ d'activité 25
Prestation relevant
du même champ d'activité 26
Prise en charge, nature 3, 14

Provenance 12

Q

Qualité des informations 39

R

R3A ...*Voir* Résumé, d'activité ambulatoire anonyme
RAA ..... *Voir* Résumé, d'activité ambulatoire
Réadmission le jour de la sortie..... 5, 11, 12, 13
Réhospitalisation le jour de la sortie 5, 11, 12, 13
Relation mère-enfant 22
Résidence, code postal 10
Résumé
  conservation 39
  d'activité ambularoire 7
  d'activité ambulatoire anonyme 24
  par séquence 4
  par séquence anonyme 24
  standardisé de facturation..... 30
  standardisé de facturation anonyme 31
  transmission..... 35
Réunion
  clinique (grille *EDGAR*) 71
  de synthèse 71
RPS ..... *Voir* Résumé, par séquence
RPSA..... *Voir* Résumé, par séquence anonyme
RSF .....*Voir* Résumé, standardisé de facturation
RSFA.....Voir Résumé, standardisé de facturation anonyme

S

SAE *Voir* Statistique annuelle des établissements de santé
Scolarité (accompagnement thérapeutique)..... 16
Séance 8, 16
Secret professionnel..... 38
Secteur, numéro 17
Séjour 4
  absence de courte durée 5
  cloture..... 4
  date de sortie 11
  date d'entrée..... 11
  mode légal 17, 22
  numéro..... 10
  permission pendant un –..... 5, 10
Séquelle 47
Séquence 5
  associée ..... *Voir* Activité, combinée
  changement, cloture 5
  date de début..... 15
  date de fin..... 15
  indicateur..... 14
  parallèle..... *Voir* Activité, combinée
Sexe (code) 9
Signe + dans un code..... 42
Sortie
  date..... 11
  mode..... 13
  sans autorisation..... 4, 12, 13
  suivie de réadmission 5, 11, 13
  temporaire 4, 11, 12, 13
Statistique annuelle des établissements de santé.. 8
Stomie
  soins 52, 53
Surdosage médicamenteux..... 45
Suspicion non confirmée 49
Synthèse, réunion 71

T

Temps plein..... 3
Trachéostomie..... 52, 53
Transfert
  pour prestation de soins 4, 5, 25, 26
  pour réalisation d'un acte.....4, 5, 25, 26
  provisoire 4, 5, 25, 26
Transfert (mouvement) 12, 13
Transferts (dépendance) 64
Transmission des informations..... 35

U

Unité de compte de l'activité..... 7
Unité médicale..... 2
  d'hébergement..... 14
  numéro 14
Unité pour malades difficiles (UMD) 17
Urgences 12

V

Venue 7
VID-HOSP 27, 32, 37, 38

Ce document est conforme à la nouvelle orthographe
www.orthographe-recommandee.info